



Посвящается 120-летию со дня рождения И.А. Кассирского

XIII Национальный конгресс терапевтов

[сборник тезисов]

Москва

21–23 ноября 2018 года





190
лет

со дня рождения
Г.А. Захарьина

- 14-15 февраля, **Саратов**, 50-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ saratov.rnmot.ru
- 28 февраля, **Черкесск**, 51-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ cherkessk.rnmot.ru
- 14-15 марта, **Краснодар**, 52-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ krasnodar.rnmot.ru
- 28-29 марта, **Томск**, 53-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ tomsk.rnmot.ru
- 5-6 апреля, **Нижний Новгород**, V Съезд терапевтов Приволжского федерального округа nnovgorod.rnmot.ru
- 25-26 апреля, **Пятигорск**, 54-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ pytigorsk.rnmot.ru
- 14-15 мая, **Барнаул**, 55-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ barnaul.rnmot.ru
- 28-29 мая, **Москва**, III Терапевтический форум "Мультидисциплинарный больной", III Всероссийская конференция молодых терапевтов mt.rnmot.ru
- 4-5 июня, **Хабаровск**, II Съезд терапевтов Дальнего Востока khabarovsk.rnmot.ru
- 20-21 июня, **Владикавказ**, 56-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ vladikavkaz.rnmot.ru
- 19-20 сентября, **Якутск**, III Съезд терапевтов республики Саха (Якутия) yakutsk.rnmot.ru
- 26-27 сентября, **Сургут**, 57-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ surgut.rnmot.ru
- 3-4 октября, **Мурманск**, 58-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ murmansk.rnmot.ru
- 17-18 октября, **Ростов-на-Дону**, VI Съезд терапевтов Южного федерального округа rostov.rnmot.ru
- 31-1 октября/ноября, **Саранск**, 59-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ saransk.rnmot.ru
- 20-22 ноября, **Москва**, XIV Национальный Конгресс терапевтов congress.rnmot.ru
- 5-6 декабря, **Иваново**, 60-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ ivanovo.rnmot.ru

Подробнее на сайте www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 419-08-68
электронная почта: therapy@kstinterforum.ru



Посвящается 120-летию со дня рождения И.А. Кассирского

XIII Национальный конгресс терапевтов

Сборник тезисов

Москва,
21–23 ноября 2018 года

Генеральные спонсоры



MERCK

Официальные спонсоры



SANOFI 

Спонсор Навигации

MERCK

Спонсор регистрации



НИАРМЕДИК

Генеральные информационные партнеры



Фармацевтический
ВЕСТНИК



Сочетанное применение неинвазивных методов диагностики субклинических признаков патологии сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом

Александров В.А.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Для выявления субклинических признаков поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) и обеспечения адекватного долгосрочного лечения больных РА целесообразно широкое использование неинвазивных методов диагностики, а также изучение возможности их сочетанного применения. Цель – повышение качества неинвазивной диагностики поражения ССС у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 57 больных РА (7 мужчин и 50 женщин в возрасте от 26 до 70 лет; по DAS28 низкая активность заболевания выявлена в 3,5%, средняя – в 86%, высокая – в 10,5% случаев). Было проведено комплексное лабораторное обследование с включением иммунологических методов определения IgM-ревматоидного фактора (IgM-РФ), С-реактивного белка (СРБ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (ЦЦП) и виментину (ЦЦВ), антител класса IgG к антигену RA33 (анти-RA33), антител класса IgG к ферментам пуринового метаболизма 5'-нуклеотидазе (5'-НТ) и ксантинооксидазе (КО), а также уровня ангиопоэтин-подобных белков 3 (ANGPTL3) и 4 (ANGPTL4) типов. При оценке состояния структур сердца использовали данные трансторакальной эхо-кардиографии, магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной (КТ) томографии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов запястья проводили по стандартной методике с использованием линейного датчика с частотой 5-12 МГц на ультразвуковой диагностической системе Accuvix V10 (Samsung Medison, Южная Корея). Особенности кровотока изучали посредством энергетической доплерографии (ЭД). Результаты и обсуждение. У 28 (49,1%) больных РА диагностирована патология ССС. Проведение дисперсионного анализа позволило выявить зависимость уровней антител к 5'-НТ ($p=0,041$) и КО ($p=0,017$) от тяжести поражения органов ССС. У всех больных РА с повышенными значениями антител к КО отмечалось то или иное поражение клапанного аппарата сердца различной степени выраженности. Так по данным УЗИ (подтвержденным, как правило, данными КТ и/или МРТ) признаки дисфункции клапанов сердца обнаружены у 21 (36,8%) пациента с РА: в большинстве случаев выявляли недостаточность митрального и/или аортального клапанов, существенно реже – стеноз аорты. Высокая частота митрального пролапса у больных РА (28,6%) может быть связана с наличием хронического воспалительного процесса, который способен ускорять развитие атеросклероза и сердечных заболеваний у больных с данной патологией. Антитела к КО посредством активного влияния на конформационные изменения антиоксидантной D-формы фермента (ксантиндегидрогеназа) в прооксидантную O-форму (ксантинооксидаза) способны усиливать накопление активных форм кислорода, стимулирующих апоптоз клеток и оказывающих повреждающее действие на липиды, белки и другие компоненты сосудистой стенки. Не было отмечено статистически

значимой корреляций между поражением клапанного аппарата сердца и основными клиническими характеристиками РА (активность, тяжесть заболевания, наличие эрозий, серопозитивность IgM-РФ, антителам к ЦЦП, ЦЦВ, анти-RA33), а также проводимой терапией. Однако была обнаружена тенденция к росту распространенности митрального пролапса у пациентов с более длительной продолжительностью заболевания ($p=0,062$) и при наличии высоких уровней сывороточного ANGPTL4 ($p=0,058$). Кроме того, при изучении связей содержания ANGPTL4 в сыворотке крови больных РА с показателями васкуляризации были получены следующие результаты: уровень ANGPTL4 у пациентов с РА был достоверно выше ($p=0,038$), чем в контрольной группе (12 здоровых лиц в возрасте от 28 до 52 лет); показатели гипертаскуляризации по ЭД у больных РА достоверно коррелировали с уровнем ANGPTL4 ($r=0,38$, $p=0,002$), С-реактивного белка ($r=0,52$; $p=0,008$) и СОЭ ($r=0,26$, $p=0,012$). ANGPTL4 участвуя в различных процессах (включая ангиогенез и метаболизм липопротеинов) и выступая в роли сильнодействующего ингибитора эндотелиальной липопротеинлипазы, по-видимому, способен подавлять высвобождение незтерифицированных жирных кислот и их перенос к сердечной мышце. Выводы. Для выявления субклинических признаков вовлечения ССС в патологический процесс на ранних бессимптомных стадиях РА целесообразно использование методов визуализации в сочетании с иммунологическими маркерами, способными служить в качестве объективных индикаторов различных патологических процессов (поражение клапанов сердца, неоваскуляризация и др.), что будет способствовать совершенствованию ранней диагностики и прогнозированию неблагоприятного течения заболевания.

Оценка эффективности комплексного лечения больных хронической обструктивной болезнью лёгких и ишемической болезнью сердца

Абдуллаев А.Х., Садыкова Г.А., Аляви Б.А., Арипов Б.С., Шукуров У.М., Турсунбаев А.К., Эгамбердыева Д.А.

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

Актуальность проблемы. Коморбидность – чрезвычайно актуальная проблема, как для врачей-терапевтов, так и для кардиологов. Совместное течение хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) и ишемической болезни сердца (ИБС), отягощает друг друга.

Цель – оценка эффективности комплексного лечения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. В исследование включили 26 больных ХОБЛ 2 степени тяжести (средний возраст в возрасте $55\pm 6,7$ года), с сопутствующей ИБС стенокардией напряжения II функционального класса. Исходно и в динамике лечения (10 дней и 1 месяц) проводили необходимые исследования (общий анализ крови, мокроты, рентгенологические, биохимические (липидный спектр, АЛТ, АСТ, билирубин, АЧТВ, С-реактивный белок (СРБ), пикфлоуметрия (ПФМ),

*В данном сборнике тезисов сохранена стилистика, орфография и пунктуация авторов.

функция внешнего дыхания(ФВД) электрокардиография(ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), при необходимости – магнитно-резонансная или компьютерная томография(МРТ, КТ), холтеровское мониторирование ЭКГ). Больные, в зависимости от выраженности клинических симптомов, величине постбронходилататорного ОФВ1, и частоте обострений заболевания, получавшие стандартное лечение согласно рекомендациям GOLD 2017(бронходилататоры, ингибиторы фосфодиэстеразы, при необходимости - комбинации бронходилататоров, ингаляционные глюкокортикостероиды, из муколитиков - ацетицистеин с аскорбиновой кислотой по 1 таблетке 2-3 раза в день и, по рекомендациям РКО, 2016(антиагреганты, статины, селективные бета-блокаторы), были разделены на две группы. Пациенты I группы(12) получали только стандартное лечение, а II второй группы(14) – дополнительно энзимный препарат(панкреатин, папаин, рутозида тригидрат, бромелаин, трипсин, липаза, амилаза) по 5 таблеток 3 раза в день, 4 недели и далее в поддерживающей дозе по 2 таблетки 3 раза в день (индивидуально). Эффективность лечения оценивали по клинике, течению болезни лабораторно-инструментальным показателям.

Результаты исследования. В динамике лечения у обследуемых уменьшилась одышка с 2,8±0,25 до 1,3±0,16 и кашель с 2,4±0,16 до 1,3±0,15 баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физикальных проявлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по показателям ПФМ: увеличение с 305,6±31,6 до 347,1±37,34 л/мин. У всех больных отмечена тенденция к уменьшению атерогенных фракций и увеличению антиатерогенных фракций показателей липидного обмена. Благоприятные изменения наблюдались и по данным ЭКГ, ЭХОКГ. Такие же благоприятные изменения выявлены при изучении других биохимических показателей крови фибриногена, АЧТВ, состояния коронарного кровообращения, показатели ФВД коррелировали с клиническим течением заболевания. Под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ. Уменьшились или прошли явления воспаления в бронхолегочной системе по лабораторным показателям(анализа мокроты, крови). На содержание эритроцитов и гемоглобина периферической крови отрицательного влияния лечение не оказало. Содержание ОБ, активность ферментов АЛТ и АСТ в крови обследованных в динамике лечения были в пределах нормы. Препараты переносились хорошо и случаев отмены не было. Включение энзимного препарата и ацетилцистеина с аскорбиновой кислотой в комплексную терапию способствовало более быстрому регрессу всех клинических проявлений заболевания. Это подтверждалось сокращением сроков клинико-лабораторного восстановления в среднем на 4 дня, более четкой положительной рентгенологической динамикой – уже к 10-му дню лечения. Эти клинические эффекты были обусловлены, по-видимому, энзимным препаратом, который улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию. При этом энзимотерапия повышает концентрации препаратов в крови и усиливает их эффект как при лечении ХОБЛ, так и при ИБС. Многочисленные метаболические эффекты, связанные с влиянием системной энзимотерапии на перекисное окисление липидов улучшает обменные процессы, что ускоряет восстановление больных. Назначение системной энзимотерапии обеспечивает потенцирующий эффект. Его противовоспалительное, противоотечное, фибринолитическое, иммуномодулирующее, антиагрегантное действие оказывает влияние также на патогенетические звенья развития и прогрессирования ХОБЛ и ИБС.

Выводы. Полученные данные позволяют рекомендовать энзимный препарат и ацетилцистеин с аскорбиновой кислотой в комплексном лечении ХОБЛ и ИБС, как реализующий патогенетический подход и потенцирующий базисную терапию, обеспечивающий не только лечение, но также профилактику осложнений и рецидивов.

Анализ метаболических нарушений у хакасов и европеоидов с хронической сердечной недостаточностью

Агеева Е.С., Берсенёва О.А.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Абакан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), имеет широкое распространение среди популяции — 1,5-10,0 %[1]. Исследования последних лет свидетельствуют об увеличении риска развития ХСН под влиянием таких компонентов метаболического синдрома, как абдоминальное ожирение, нарушение углеводного и липидного обмена, инсулинорезистентность и артериальная гипертензия[2].

Целью работы являлось изучение вариабельности метаболических нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, жителей Республики Хакасия.

Задачи. Провести сравнительный анализ метаболических нарушений у хакасов и европеоидов с ХСН. Определить их роль в патогенезе ХСН у населения Республики Хакасия.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов, из них 50 мужчин (25 хакасов и 25 европеоидов) и 50 женщин (25 хакасов и 25 европеоидов) в возрасте от 30 до 55 лет. Выборка представлена пациентами с ХСН. Диагноз ХСН устанавливался на основании рекомендаций Европейского общества кардиологов, Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН. Метаболический синдром (МС) был верифицирован по критериям ВНОК (2009). Группа сравнения представлена 50 здоровыми добровольцами. Все пациенты подверглись комплексному лабораторному и инструментальному исследованию.

Результаты исследования. Объём висцеральной жировой ткани в группе хакасов превышал аналогичный показатель у европеоидов и составил – 9,5 [7,5-9,6] л против 6,9 [4,3-9,7] л, соответственно ($p < 0,05$). Уровень триглицеридов у хакасов с был статистически значимо выше, чем у европеоидов 3,4 [0,9-6,5] ммоль/л и 2,6 [1,3-5,2] ммоль/л, $p \leq 0,05$. Глюкоза крови составила 10,5 [7,5-15,7] ммоль/л у европеоидов против 7,5 [6,1-9,2] ммоль/л у хакасов ($p < 0,05$). Уровень систолического артериального давления у европеоидов был статистически значимо выше, чем у хакасов 170 [140-230] против 150 [140-190] мм рт.ст, $p \leq 0,05$. При этом структура артериальной гипертензии в исследуемых группах также имела этнические различия. Распространенность изолированной систолической артериальной гипертензии выше у хакасов чем, в группе европеоидов (4,2 и 16,2% соответственно, $p < 0,05$). В то время как изолированная диастолическая гипертензия была характерна только для европеоидов и составила 10%. По данным ЭхоКГ гипертрофия левого желудочка выявлена у 73% европеоидов, в то время как хакасов – 38%. Полученные результаты свидетельствуют о более высоком уровне распространенности гипертрофии левого желудочка при метаболическом синдроме у европеоидов по сравнению с хакасами. У хакасов выявлена слабая корреляционная взаимосвязь между распространенностью гипертрофии левого желудочка и объемом висцеральной жировой ткани ($r = 0,4$, $p < 0,001$). Отмечена тенденция к увеличению размеров полостей сердца, как в группе хакасов, так и европеоидов при МС. Размеры левого предсердия также имели статистически значимые различия при межпопуляционном сравнении и соответствовали 3,8 см в группе европеоидов с МС и 4,3 см в группе хакасов с МС ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, было показано, что среди пациентов с ХСН, нарушения ассоциированы с гипертриглицеридемией и висцеральным ожирением у хакасов и гипергликемией и артериальной гипертензией у европеоидов.

Влияние антитабачного законодательства на госпитальную заболеваемость пневмонией в самарской области

Агишина Т.А., Концевая А.В., Гамбарян М.Г., Дупляков Д.В.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Актуальность. Курение – как активное, так и пассивное – один из основных факторов риска заболеваний дыхательной системы, сердечно-сосудистых и других заболеваний. С июня 2013 г. и 2014 г. в России реализуются антитабачные меры, установленные Федеральным законом от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (ФЗ). Они направлены на снижение распространенности курения и воздействия вторичного табачного дыма, а также на снижение заболеваемости и смертности от болезней, связанных с курением. Одним из наиболее «быстрых» и объективных эффектов ограничения потребления табака, является снижение госпитальной заболеваемости от ряда ХНИЗ, связанных с курением.

Цель исследования. Оценить влияние антитабачного законодательства на госпитальную заболеваемость пневмонией в Самарской области.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ помесечной госпитальной заболеваемости пневмонией в Самарской области с 2012 по 2017 гг. включительно. Данные анализировали методом прерванных временных рядов (interrupted time series (ITS)). Данные для анализа предоставлены Территориальном фондом обязательного медицинского страхования Самарской области.

Результаты. Были проанализированы данные за 72 месяца, включая 17 месяцев до введения запрета на курение в общественных местах и 55 месяцев после введения запрета. Выявлено достоверное снижение госпитальной заболеваемости пневмонией в Самарской области на 14% непосредственно сразу после внедрения антитабачного закона в 2013 году (первый пакет мер) и в 2014 году (второй пакет мер).

Выводы. Выявлено достоверное влияние ФЗ на госпитальную заболеваемость пневмонией в Самарской области.

Психоземotionalный и вегетативный статус здоровых молодых мужчин

Акимова А.В., Мионов В.А., Гагиев В.В., Тарасова Е.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
5 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ,
Екатеринбург*

Состояние здоровья молодых мужчин является актуальной проблемой современного общества. Кроме наличия хронических заболеваний и интоксикаций, которые способны негативно отразиться на состоянии здоровья, важную роль играют адаптационные возможности организма, тесно связанные с особенностями вегетативной регуляции и психоземotionalного статуса.

Цель исследования – оценить психоземotionalный и вегетативный статус молодых мужчин: солдат, студентов и курсантов.

Материалы и методы. На основе добровольного информированного согласия проведено одномоментное исследование 105 мужчин 18-25 лет на базе «5 Военного клинического госпиталя войск Национальной гвардии РФ» (Екатеринбург): военнослужащих срочной службы (n=41),

студентов медицинского университета (n=33), курсантов юридического института МВД, находящихся на казарменном положении (n=31). Критерии исключения: наличие острых заболеваний и обострения хронических заболеваний на момент исследования, наличие физических и психоземotionalных перегрузок в течение 3 суток, предшествующих исследованию. Проводилось стандартное обследование терапевта, антропометрия с расчётом индекса массы тела (ИМТ), определение признаков наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) согласно Рекомендациям Российского научного медицинского общества терапевтов (2016). Применяли Опросник Вейна для выявления вегетативных нарушений (Вейн А.М., 2003), шкалу астенического состояния (Л.Д. Майкова, Т.Г. Чертова). Выраженность болевых синдромов (головная боль, боль в области сердца, в спине, в суставах, в грудной клетке, в животе) оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы боли от 0 (отсутствие боли) до 10 баллов (максимальная, нестерпимая боль). Скрининг-диагностику тревоги и депрессии проводили с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки статистической достоверности различий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Медиана (25%-75%) возраста испытуемых составила 22 (20-23) года. Группы не различались по индексу массы тела. При оценке количества признаков наследственных нарушений соединительной ткани, во всех группах медиана составила 6, и достоверных различий не выявлено. Обнаружены различия психоземotionalного статуса в группах исследуемых. Студенты показали больше баллов по шкале депрессии HADS по сравнению с курсантами ($p=0,006$). Солдаты также отличались от курсантов более высокими баллами депрессии ($p=0,04$). Однако показатели не выходили за границы нормальных значений. Таким образом, курсанты отличаются более стабильным психоземotionalным фоном. Студенты достоверно отличались от солдат ($p=0,000$) и курсантов ($p=0,000$) более высокими баллами тревоги по шкале HADS, которые также не указывали на клинически выраженную тревогу. Это может быть связано с особенностями высшего медицинского образования, которое отличается высокими требованиями к студентам, регулярным и строгим контролем знаний. Вместе с тем, более высокие уровни тревоги у студентов могут быть связаны с вегетативными нарушениями. Студенты по сравнению с солдатами ($p=0,000$) и курсантами ($p=0,000$) продемонстрировали значимо более высокие баллы по Опроснику Вейна, соответствующие легкой степени вегетативных нарушений. Они также имели больше баллов по шкале астенического состояния, что соответствовало легкой степени астении, по сравнению с солдатами ($p=0,000$) и курсантами ($p=0,000$). При оценке выраженности болевых синдромов по визуальной шкале боли студенты отметили более выраженные головные боли по сравнению с солдатами ($p=0,006$) и курсантами ($p=0,004$) и боли в спине по сравнению с курсантами ($p=0,007$). Выраженность болей была небольшой, медианы составили 2 балла из 10. Выявленные различия в исследуемых группах могут быть связаны как с исходным медицинским отбором при поступлении на военную службу, и тем более при вступительных испытаниях в юридический институт МВД, которые предполагают достаточно высокий уровень физического и психического здоровья, так и с условиями жизни. Неблагоприятными факторами для студентов-медиков можно считать малоподвижный образ жизни, нередко нарушенный режим труда и отдыха, связанный с ночными дежурствами и подработками, нерегулярное питание, высокое психоземotionalное и умственное напряжение.

Выводы. Среди здоровых студентов выявлено больше признаков тревоги, астении и вегетативных нарушений. Среди здоровых солдат и курсантов психоземotionalных и вегетативных нарушений выявлено не было.

Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита

Алиахунова М.Ю.

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

Цель. Изучение особенности течения и диагностики латентного течения, позволяющих объяснить позднюю диагностику анкилозирующего спондилита (АС).

Для регистрации и учета результатов исследования использовалась анкета, включавшая паспортные данные, вопросы о первых симптомах заболевания, в том числе наличии критериев болей в спине и времени их появления; возрасте пациента на момент дебюта болезни; ее длительности, частоте обострений; количестве обращений к врачам; методах проводившегося обследования, а также о диагнозах, которые устанавливались до распознавания АС, времени постановки диагноза от начала заболевания. Средний возраст пациентов на момент появления первых симптомов болезни составил $20,9 \pm 4,5$ года. Ночная боль в позвоночнике как один из характерных признаков воспалительной боли в начале болезни беспокоила только 22,8% больных, а у 76,2% она появилась в среднем минимум через 6 мес., максимум через 10 мес. При этом надо отметить, что перемежающийся характер болей в ягодицах в начале болезни был характерен для большинства пациентов (83,7%), а у 100% больных уменьшение болевых ощущений в спине отмечалось после физических упражнений. Наличие чувства скованности в области позвоночника в дебюте отметили всего 50,0% опрошенных пациентов. Появления скованности болевых ощущений в области позвоночника составило $40,5 \pm 1,5$ мес. По степени выраженности болевых ощущений на момент опроса преобладали пациенты с умеренной и выраженной интенсивностью боли (73,8 и 25,7% соответственно), тогда как в начале болезни характерной была слабая интенсивность боли, которую отмечали 58,6% пациентов. У большинства больных обострения происходили 1 раз в 6 месяцев (37,1%), 1 раз в 3 месяца (22,8%) и 1 раз в месяц (21,2%). Необходимо отметить, что при наличии обострений 1 раз в 6 и 3 месяцев длительность их составляла несколько недель, а при частоте обострений 1 раз в месяц – несколько дней. На поражение энтезисов в начале заболевания указали 22,5% пациентов, тогда как на момент осмотра энтезисы выявлялись у 57,5%. До установления диагноза АС 38,8% пациентов имели периферический артрит, наиболее частой локализацией которого было поражение коленных и голеностопных суставов (в 16,3 и 7,5% случаев соответственно) или их одновременное воспаление (у 8,8% больных). Среди 35 человек у 10,0% был выявлен положительный семейный анамнез по АС. При анализе частоты обращаемости больных к специалистам по поводу БНС в начале заболевания оказалось, что 2/3 больных (75%) обращались к неврологу, к ревматологу обратились 26,2%, к терапевту – 23,8% больных, а к хирургу – 3,8% всех опрошенных. Первое обращение к врачу по поводу болей в спине в среднем происходило через 2 года от появления первых симптомов. Основываясь на полученных результатах, мы разделили причины поздней диагностики на две составляющие. Первая – характер течения заболевания. Это касается начала болезни, времени появления симптомов болей в спине, количества обострений и интенсивности боли.

По данным исследования, у большинства пациентов в дебюте боль была слабой интенсивности, а обострения наступали 1 раз в 6 месяцев (37,5%) или 1 раз в 3 месяцев (23,8%), при этом длительность их составляла всего несколько недель. Только у 15% всех опрошенных в начале болезни болевые ощущения были постоянными, т.е. отвечали проявлениям

хронической боли. Ко второй причины мы отнесли ошибки в диагностике. Остеохондроз продолжает оставаться «универсальной» причиной любых болевых ощущений в области спины у поликлинических больных. Не было придано значения семейному анамнезу, ассоциации между наличием болей в спине и поражением суставов, глаз, энтезисов как проявлениям одного заболевания. Диагноз анкилозирующего спондилита устанавливается в среднем через $7,8 \pm 1,0$ года от появления первых симптомов. В первую очередь, это связано со скудной клинической картиной в дебюте заболевания и поздним обращением пациентов за врачебной помощью. Во-вторых, с недостаточным знанием особенностей клинической картины АС врачами амбулаторно-поликлинической практики.

Таким образом, для ранней диагностики АС необходимо уделять внимание пациентам молодого возраста (до 40 лет), предъявляющим жалобы на боли в спине, а также имеющим в анамнезе сведения о поражении суставов, энтезисов, глаз и отягощенный семейный анамнез по АС, с целью своевременного направления таких пациентов к ревматологу.

Изучение эффективности антиагрегантных и гиполипидемических препаратов у пациентов с ишемической болезнью сердца после плановой реваскуляризации

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узаков Ж.К., Азизов Ш.И., Исхаков Ш.А., Сайфиев Н.Я., Каримова Д.

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

Цель исследования: изучение эффективности антиагрегантных и гиполипидемических препаратов у пациентов с ишемической болезнью сердца после плановой реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 28 пациентов с ИБС (26 мужчин и 2 женщины), которым после коронароангиографии в плановом порядке проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) (стентирование коронарной артерии DES стентом). Согласно современным рекомендациям, больные получали один из статинов (розувастатин, 10-20 мг/сут), антиагреганты (ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел) и другие препараты. Исходно и через 3 месяца в крови пациентов изучали содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП) и триглицеридов (ТГ), активность ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), содержание общего билирубина (ОБ), агрегационную активность тромбоцитов. Проводили необходимые обследования (электрокардиографию, при необходимости ЭКГ с нагрузкой, эхокардиографию с оценкой параметров структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ), доплерографию). Результаты исследования. У пациентов исходно до ЧКВ выявлены изменения в липидном спектре по типу атерогенной дислипидемии увеличение содержания ОХС, ХСЛПНП, ТГ и уменьшение ХСЛПВП, также повышение функциональной активности тромбоцитов. При этом содержание ОХС, ХСЛПНП и ТГ составило соответственно – 6,9; 3,6 и 2,3 ммоль/л, а ХСЛПВП – 1,1 ммоль/л. Исходно степень агрегации тромбоцитов была повышенной (в среднем на 20-25%). У большинства больных были явления дисфункции ЛЖ, изученные параметры трансмитрального кровотока отличались от нормы. Увеличение реактивности тромбоцитов и активизация факторов свёртывания, обусловленные травмой эндотелия коронарного сосуда во время стентирования, наблюдались в течение месяца после ЧКВ. После трехмесячной

терапии отмечено улучшение показателей липидного спектра: ОХС и ХСЛПВП снизились на 30 и 36%, выявлено уменьшение концентрации ТГ на 38%. Антиатерогенный ХСЛПВП увеличился приблизительно на 8%. Применение клопидогрела в поддерживающей дозе 150 мг/день ассоциируется с более выраженным ингибированием активности тромбоцитов и уменьшением числа больных со слабым ответом. Поддерживающая доза 75 мг может оказаться недостаточной у некоторых больных, перенесших ЧКВ. Критерием эффективности проводимой антиагрегантной терапии следует считать снижение показателей агрегатограммы от исходных в 2-4 раза. Увеличение реактивности тромбоцитов на фоне двойной антиагрегантной терапии может свидетельствовать об увеличении риска сердечно-сосудистых осложнений после ЧКВ. После успешного ЧКВ отмечалось увеличение фракция выброса ЛЖ. Резистентность к антиагрегантной терапии у пациентов стабильной ИБС может иметь многофакторную природу и требует тщательного анализа причин. Сочетание ИБС и инсулинорезистентности и, особенно, сахарного диабета сопровождается меньшей эффективностью и большей частотой резистентности к ацетилсалициловой кислоте у больных, подвергнувшихся коронарному стентированию, что может служить основанием для индивидуализации терапии и использования новых дезагрегантов у этой категории пациентов. Неблагоприятного влияния испытанных препаратов на активности АЛТ, АСТ и содержание ОБ не выявлено. Антиагреганты хорошо переносятся, не вызывали явлений гипокоагуляции. При совместном применении липидснижающая эффективность розувастатина, а также антиагрегантное действие ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела сохранялись на достаточном уровне. Изменения стандартных доз антиагрегантной терапии или смена препарата возможны только после оценки активности тромбоцитов с помощью нескольких лабораторных методик и комплексного анализа причин высокой реактивности тромбоцитов.

Выводы. ЧКВ является безопасным и эффективным методом лечения пациентов с ИБС и дисфункцией ЛЖ. Использование двух препаратов с разным механизмом антитромбоцитарного действия позволяет повысить эффективность антитромбоцитарной терапии и, соответственно, снизить риск тромбоза. Важными моментами являются снижение уровня липидов крови, а у больных сахарным диабетом – достижение компенсации углеводного обмена.

Важность оценки антропометрических индексов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и висцеральным ожирением

Аметов А.С., Литвиненко В.М.

Российская медицинская академия последипломного образования, Санаторий «Заполярье», Москва, Сочи

Цель. Оценить эффективность включения антропометрических индексов в управление жировым метаболизмом у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), страдающих висцеральным ожирением, и выявить наиболее значимые из них.

Задачи. Оптимизация комплексной оценки жирового метаболизма у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и висцеральным ожирением при включении набора антропометрических индексов в оценку эндокринологического статуса пациента и эффективности применяемой сахароснижающей терапии.

Материалы и методы. Обследовано 148 пациентов (72 мужчин, 72 женщин) в возрасте 42-68 лет (медиана – 56) с СД2 (медиана длительности установления диагноза – 5,2 года; медиана гликированного гемоглобина HbA1c – 7,6%), получающих пероральную сахароснижающую терапию и

имеющих избыточную массу тела или висцеральное ожирение (медиана индекса массы тела – 30,8 кг/м²). Оценены следующие антропометрические индексы: окружность талии (ОТ), отношение ОТ к объему бедер (ОТ/ОБ), окружности шеи к объему одного бедра на границе верхней и средней трети (ОШ/ОБ1), окружности шеи и голени (ОШ/ОГ), а также индекс сферичности ANSI. Прослежена связь антропометрических индексов с метаболическими характеристиками углеводного (HbA1c) и липидного обмена (уровень адипокинов – лептина и адипонектина; параметры липидограммы – общего холестерина (ОХ), холестерина в составе липопротеинов высокой плотности ЛПВП и низкой плотности ЛПНП; уровень общего жира ОЖ и висцерального жира ВЖ). HbA1c определен методом высокоэффективной жидкостной хроматографии в соответствии стандартом NGSP (анализатор гемоглобина DS5 VARIANT®II TURBO, BIO-RAD, США), лептин – «сэндвич»-метод иммуноферментного анализа ELISA с использованием анализатора Tecan Sunrise и диагностических систем открытого типа Medianost GmbH (Германия) для лептина и высокомолекулярный адипонектин – Biochem Canada Inc (Канада), ОЖ и ВЖ – биоимпедансным методом на аппарате TANITA-МС780. Статистическая обработка проведена методом параметрической статистики с помощью программы Statistica10.0, различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты. Наибольшую динамику продемонстрировали показатели: ИМТ, ОТ, ОШ/ОГ, ОШ/ОБ1 ($p < 0,05$). Наиболее выраженные положительные корреляционные зависимости выявлены между ОТ и ТГ ($r = 0,375$), ОТ и ОШ/ОБ1 ($r = 0,212$), ОТ и ВЖ ($r = 0,369$), ОШ/ОБ1 и ВЖ ($r = 0,308$), уровнем лептина и ТГ ($r = 0,159$). Отрицательная корреляционная зависимость продемонстрирована между уровнем адипонектина и ОТ ($r = -0,341$), ВЖ ($r = -0,275$), ОТ/ОБ1 ($r = -0,147$). Корреляционная зависимость между антропометрическими индексами (при сопоставлении всех параметров) и уровнем ТГ характеризовалась средней силой в сравнении с уровнем ОХ, ЛПВП и ЛПНП (связь слабой силы). Максимальные гендерные различия выявлены для показателя ОТ/ОБ ($p < 0,05$). Установлена коррелятивная зависимость слабой силы между антропометрическими индексами и параметром углеводного обмена HbA1c ($r = 0,104$), что обусловлено включением пациентов с плохим качеством гликемического контроля, ассоциированным с усилением липолиза на фоне высокой гипергликемии. Однако в связи с отсутствием русскоязычного on-line калькулятора расчет трудоемкость расчета степенного индекса ANSI рассматривается как техническое препятствие к его рутинному использованию.

Выводы. Показана эффективность определения антропометрических индексов в оценке жирового метаболизма у пациентов с СД2 и висцеральным ожирением. Выявлены корреляции между антропометрическими индексами и метаболическими показателями. Для характеристики типа распределения жировой ткани наиболее важны ОТ, ОТ/ОБ, ОШ/ОГ, ВЖ. Динамика индексов ОТ, ОШ/ОБ1, ОШ/ОГ, ВЖ может быть использована для оценки динамики жирового метаболизма у пациентов с СД2, получающих пероральную сахароснижающую терапию. Необходимо более широкое использование антропометрических индексов в рутинной эндокринологической практике.

Раннее сосудистое старение и факторы с ним связанные у молодых мужчин с предгипертонией

Антропова О.Н., Осипова И.В., Кондаков В.Д., Силкина С.Б.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Целью исследования было на основании многофакторного анализа выявить функциональные признаки раннего сосудистого старения у мужчин молодого и среднего возраста с предгипертонией.

Материал и методы. Включены 91 мужчина с высоким нормальным артериальным давлением (АД на плечевой артерии 130-139/85-89 мм рт.ст.), средний возраст 46,1±8,3 лет. Проводилась оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), толщины интима-медиа брахиоцефальных сосудов (ТИМ БЦС) на аппарате PhilipsEnVisorC. Оценка жесткости сосудистой стенки, 5-минутная запись variability сердечного ритма и показателей центрального АД проводилась методом апplanationной тонометрии на аппарате SphygmoCor (AtCor Medical Pty Limited.). В качестве теста, имитирующего острую психоэмоциональную нагрузку, использовался тест «математический счет». Эндотелиальная функция оценивалась с помощью пробы с реактивной гиперемией по методу Celemajer D.S. в модификации Ивановой (1998). При обработке результатов использовался пакет программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc).

Результаты. Поражение БЦС выявлено у 44 (48,3%) пациентов, из них, утолщение стенки общей сонной артерии 0,9-1,3 мм было выявлено у 27 (29,7%), а атерома у 17 (18,7%) мужчин. Признаки бессимптомного поражения артерий нижних конечностей (ЛПИ<0,9) встречались у 12(13,1%) пациентов. Признаки артериальной жесткости (скорость распространения пульсовой волны (СРПВ)>10 м/с) имели 22 (24,2%) мужчин с высоким нормальным артериальным давлением. Для выявления наиболее значимых факторов формирования артериальной жесткости (повышение СРПВ >10 м/с) и атеросклероза (ТИМ>1,3 мм и/или ЛПИ<0,9) у мужчин с ВНАД нами были изучены вклад каждого фактора: возраст, ранний семейный анамнез ССЗ, курение, абдоминальное ожирение, дисфункция эндотелия, повышение цАД, повышенная стресс-реактивность. По результатам однофакторного корреляционного анализа, повышение СРПВ имело умеренную прямую корреляционную связь с возрастом ($r=0,30$; $p=0,01$), дисфункцией эндотелия ($r=0,28$; $p=0,001$), повышением цАД ($r=0,31$; $p=0,001$) и повышенной стресс-реактивностью ($r=0,30$; $p=0,01$). По результатам многофакторного анализа артериальная жесткость была связана с повышением центрального аортального давления (отношение шансов 4,31, 95% ДИ 1,7-13,7, $p=0,001$), избыточной стресс-реактивностью (отношение шансов 3,26, 95% ДИ 1,2-7,9, $p=0,01$), дисфункцией эндотелия (отношение шансов 3,21, 95% ДИ 1,8-9,4, $p=0,01$). Признаки атеросклеротического поражения сосудов достоверно были связаны с теми же факторами: повышением цАД, стресс-реактивностью и дисфункцией эндотелия. По результатам анализа, риск развития атеросклеротического поражения БЦС увеличивался в 3,1 раза ($p=0,001$) при повышенном уровне ХСЛПНП, дисфункции эндотелия ($p=0,001$) и абдоминальном ожирении ($p=0,01$), в 2 раза ($p=0,01$) при наличии раннего семейного анамнеза ССЗ и повышении цАД. Влияние факторов риска на атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей было аналогичным.

Заключение. Общими предикторами раннего сосудистого старения у мужчин с высоким нормальным артериальным давлением является повышенное центральное аортальное давление и дисфункция эндотелия. К дополнительным предикторам атеросклероза относятся абдоминальное ожирение и дислипидемия; артериальной ригидности – повышение стресс-реактивности.

Особенности профессиональной деятельности фельдшерских бригад скорой медицинской помощи в районах Волгоградской области

Апухтин А.Ф.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Материал и методы. Анонимно проведен опрос 70 фельдшеров карет скорой медицинской помощи (КСМП) в двух районах Волгоградской

области по 7 вопросам анкеты, в которой было предложено отметить факторы ограничивающие новации и иницирующие профессиональное выгорание. В качестве оценочных критериев использовались положительные и отрицательные ответы «Да, нет», на выделенные факторы: а) трудные пациенты, б) трудные коллеги, в) недостаточное ресурсное обеспечение стандартов оказания медицинской помощи, г) плохая логистика, д) отсутствие поддержки разработок работающих администрацией учреждений здравоохранения, е) недостаточное, в том числе за новации, материальное вознаграждение, ж) медицинский производственный стаж. Ответы подвергались обработке с помощью компьютерной программы статистического анализа SPSS 24 for Windows. Полученные результаты. Более половины, а именно 61,3% интервьюированных фельдшеров, имели производственный стаж менее 20 лет. Менее многочисленной оказалась группа (38,7%) с продолжительным производственным стажем больше 20 лет. Трудных пациентов выделили 75,7% опрошенных, трудных коллег – 8,6%, плохую логистику отметили 25,7% фельдшеров, недостаточное ресурсное обеспечение – 38,6%, отсутствие административной поддержки новаций и собственных разработок работающих – 11,4%, недостаточное материальное вознаграждение отметили – 72,9%.

Обсуждение. Известно, что профессиональному выгоранию более подвержены профессиональные группы с менее продолжительным производственным стажем. При длительной работе в исследованной профессии для предупреждения выгорания необходима адаптация к условиям и особенностям предмета профессиональной деятельности, иначе начинают появляться «трудные» пациенты, которых выделили 75,7% опрошенных.

Выводы. 1. Фельдшера КСМП с производственным стажем до 20 лет, достоверно чаще против фельдшеров со стажем >20 лет, среди факторов ограничивающих новации и иницирующих профессиональное выгорание выделили трудных пациентов (84,6% vs 50,0%). Это подтверждает общепринятое мнение о возможной связи худшей адаптации профессий с небольшим производственным стажем к условиям и особенностям профессионально-предметной деятельности с высоким риском профессионального выгорания, включая фельдшеров и врачей. 2. Отсутствие административной поддержки новаций и собственных разработок фельдшеров независимо от производственного стажа работающих свидетельствует о возможно авторитарном стиле руководства [2] администрациями учреждений фельдшерскими каретами СМП в двух административных районах области.

Сахарный диабет 2 типа в структуре множественных хронических заболеваний

Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Сучкова Е.И., Красильникова Е.В.

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

Последние годы характеризуются увеличением числа больных множественными хроническими заболеваниями (МХЗ), обусловленными ожирением и старением. Особое место в структуре МХЗ занимает сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа). С одной стороны, как старение, так и ожирение являются факторами риска его развития, с другой стороны, СД 2 типа обуславливает развитие целого ряда микрососудистых и макрососудистых осложнений, определяющих структуру полиморбидности.

Цель исследования. Изучить значимость СД 2 типа в структуре МХЗ, а также гендерную и возрастную структуру МХЗ у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 2254 больных, находящихся под наблюдением врачей-терапевтов г. Рязани и Рязанской области и отобранных методом случайной выборки (769 мужчин и 1485 женщин в возрасте от 18 до 99 лет). Определяли частоту распространения СД 2 типа среди больных МХЗ в зависимости от возраста и пола, а также изучали гендерную и возрастную структуру МХЗ при СД 2 типа. Перечень заболеваний, которые были включены в список, представлял видоизмененный перечень заболеваний, разработанный M.Charlson для определения прогностического индекса полиморбидности.

Результаты. СД 2 типа выявлен у 407 больных (18,1%); в группе преобладали женщины (соотношение мужчины: женщины – 1:2,53). Сахарный диабет отсутствовал у 1847 больных (соотношение мужчины: женщины – 1:1,82). Индекс полиморбидности, свидетельствующий о количестве заболеваний у одного пациента, в 1,5-2,0 раза выше у больных СД 2 типа; при этом обремененность полиморбидной патологией преобладала у мужчин, в отличие от больных без СД 2 типа, где значительных гендерных различий не отмечено. Интенсивность нарастания индекса полиморбидности одинакова в обеих группах, однако высокий его стартовый уровень у больных СД 2 типа в молодом возрасте определял отягощенность коморбидного статуса при нарушении углеводного обмена. Артериальная гипертензия преобладает у больных СД 2 типа в возрасте 18-59 лет ($p<0,05$), ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярная болезнь, заболевания печени, почек – у больных СД 2 типа в возрасте 45-74 лет ($p<0,001$), последствия инсультов с гемиплегией – у больных СД 2 типа в возрасте 45-89 лет ($p<0,05$). В возрасте 60-74 года злокачественные новообразования чаще встречаются у больных без СД 2 типа ($p<0,001$). Ожирение вне зависимости от наличия СД 2 типа ассоциируется с большей обремененностью заболеваниями ($p<0,05$). СД 2 типа вне зависимости от наличия ожирения также ассоциируется с большим индексом полиморбидности ($p<0,05$). У больных СД 2 типа артериальная гипертензия встречается чаще в молодом возрасте ($p<0,05$), однако в последующем, показатели выравниваются. Остальные сердечно-сосудистые заболевания чаще встречаются при СД 2 типа в возрасте 45-74 года вне зависимости от пола. Гендерное различие по МХЗ у больных СД 2 типа заключается лишь в преобладании инфаркта миокарда и язвенной болезни у мужчин ($p<0,01$); у женщин чаще встречаются ожирение и заболевания печени ($p<0,01$), по остальным заболеваниям различий не отмечено.

Выводы: СД 2 типа встречается у 18,1% больных МХЗ; при этом высокий стартовый уровень индекса полиморбидности у лиц молодого возраста определяет более высокую частоту обремененности хроническими заболеваниями в последующие годы жизни по сравнению с пациентами без диабета. Гендерное различие в структуре множественных хронических заболеваний у больных СД 2 типа заключается в преобладании инфаркта миокарда, язвенной болезни у мужчин и ожирения, заболеваний печени у женщин. Сахарный диабет 2 типа, наряду со старением и ожирением, является фактором риска развития множественных хронических заболеваний.

Изменение толщины комплекса интима-медиа и скорости пульсовой волны у больных с воспалительными заболеваниями кишечника

Бабаева Г.Г., Бабаев З.М.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Национальный центр онкологии, отделение инвазивной диагностики и лечения, Азербайджан, Баку

Актуальность. На сегодняшний день патология сердечно-сосудистой системы у лиц с ВЗК остается малоизученной. В настоящее время

опубликовано несколько работ о выявлении нарушений ритма и проводимости сердца, развитии перикардитов, амилоидоза сердца, дилатационной кардиомиопатии и эндомиокардиального фиброза у данных больных. Развитие иммунного процесса с высвобождением цитокинов и молекул клеточной адгезии выдвигается в качестве первоначального звена механизма, который запускает как атеросклеротический процесс, так и системное воспаление пищеварительного тракта. Таким образом, ВЗК являются фактором, предрасполагающим к развитию системного атеросклероза. Нами была предпринята попытка оценки риска развития атеросклероза у больных с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) на основе изучения у них толщины комплекса интима-медиа (СІМТ) и скорости пульсовой волны (PWV), без учета атерогенных факторов риска. Известно, что СІМТ и PWV – это ранние маркеры субклинического атеросклероза: увеличение СІМТ развивается в результате пролиферации гладких мышц интимы и накопления атерогенных частиц, а PWV отображает степень ригидности артериальной стенки.

Цель исследования: оценка риска развития атеросклероза у больных с ВЗК на основе изучения у них СІМТ и PWV без учета атерогенных факторов риска.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры Терапии АзГИУВ им. А.Алиева, Memorial Klinika, отделения инвазивной диагностики и лечения Национального центра онкологии, в период с марта 2015 года до августа 2018 года. В исследование было включено 77 больных (ЯК: n=38; БК: n=39), из них 32 женщины и 45 мужчин в возрасте от 18 лет до 40 лет (ср. возраст $29,4\pm 3,1$), с различной локализацией (при ЯК: дист.-7, левостор.-16, тотал.-15; при БК: L1-12, L2-10, L3-11, перианальная БК-6) и степенью активности процесса (при ЯК: легк. -8, средн.-16, тяж.-14; при БК: легк.-8, средн.-19, тяж.-12) и стажем заболевания более 2-х лет ($3,6\pm 1,1$). Контрольная группа (n=15), состояла из больных с заболеваниями ЖКТ. Всем больным проводилось доплеровское УЗИ art.carotis, art.vertebralis и art.subclavicularis, с измерением СІМТ и PWV. Результаты: в группе с ЯК (n=38) у 12 больных (31,6%) было выявлено утолщение СІМТ art.carotis (art.carotis communis и art.carotis internaе/externaе: СІМТ от 0,71мм до 0,78 мм; $N\leq 0,7$ мм) с изменением PWV (PWV 100-106см/с; $N<100$ см/с). При изучении состояния интимы – медиа art.vertebralis и art.clavicularis изменений не было выявлено; у 1 больной была выявлена вертебробазилярная недостаточность (ВБН) средней степени тяжести на основе изменения скорости кровотока в art.vertebralis. В группе с БК (n=39) у 16 больных (41,0%) было выявлено утолщение СІМТ art.carotis (art.carotis communis и art.carotis internaе/externaе СІМТ от 0,71мм до 0,79 мм; $N\leq 0,7$ мм), с изменением PWV (PWV 100-118 см/с; $N<100$ см/с). При изучении состояния СІМТ art.vertebralis и art.clavicularis изменений не было выявлено. У 2 больных была выявлена ВБН средней степени тяжести, а у 4 больных легкой степени тяжести. В контрольной группе (n=15) у 2 больных (13,3%) было выявлено утолщение СІМТ art.carotis (СІМТ от 0,71мм до 0,75 мм; $N\leq 0,7$ мм) с изменением PWV (PWV 100-104 см/с; $N<100$ см/с). При изучении состояния СІМТ art.vertebralis изменений не было выявлено; у 3 больных была выявлена ВБН средней степени тяжести (1 больная с ФД, 1 больная с СРК, 1 больная с ЖКБ). В art.clavicularis в контрольной группе изменений в СІМТ и PWV не было выявлено. Основные клинико-лабораторные показатели у пациентов с ВЗК и в контрольной группе не имели статистически значимых различий. Однако величины СІМТ и PWV у пациентов с ВЗК оказались значительно выше по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). При этом существенной разницы в значении СІМТ и PWV между пациентами с ЯК и БК выявлено не было ($p>0,05$).

Выводы. Таким образом, по результатам данного исследования авторы предполагают, что наличие ВЗК является независимым фактором риска развития атеросклероза и, следовательно, может быть причиной высокого риска развития сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в

данной популяции. Для выявления атерогенеза у больных с ВЗК можно 40 лет целесообразно исследовать CIMT и PWV art.carotis.

О проблеме эндотелиальной дисфункции у больных с печеночной патологией

Бабаева Г.Г., Бабаев З.М., Зейналлы Т.И., Исмаилова Х.М.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Азербайджан, Баку

Актуальность. Печеночные патологии продолжают оставаться одной из актуальных тем современной гастроэнтерологии. Вопросы о нарушениях координации функций эндотелия при поражении печени, в частности в патогенезе вирусных гепатитов, пока остаются открытыми и малоизученными. Изучение данного аспекта может облегчить понимание патогенеза данной патологии и наверняка расширит круг возможностей в диагностике и лечении печеночных заболеваний. Среди известных маркеров эндотелиальной дисфункции наиболее широко изучена роль гомоцистеина, повышение которого рассматривается как риск повреждения эндотелия; появление альбуминурии и высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) считаются ранними маркерами эндотелиальной дисфункции.

Цель исследования: определение частоты выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции у больных с печеночной патологией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры Терапии АзГИУВ им. А.Алиева, Memorial Klinika, отделения инвазивной диагностики и терапии Национального Центра Онкологии, городской поликлиники №3 г. Сумгаита и отделения гастроэнтерологии Республиканской клинической больницы им. ак. М.Мир-Касумова в период с марта 2015 года до июля 2018 года. У больных с печеночной патологией определялись: гомоцистеин (Axis-Shield, IFA метод) и вч-СРБ (Biomerica, IFA метод) в крови, альбумин (MicralTest, Roche Diagnostics) в моче. В исследование было включено 89 больных, у которых в анамнезе не было указаний на церебро-нефрокардиальную патологию; в исследование не включались больные с неалкогольной жировой болезнью печени и аутоиммунной патологией печени. Средний возраст больных составил 24,1±1,3 лет (от 18 до 60 лет); по половой принадлежности 40 женщин /49 мужчин; по нозологии: хронический гепатит В – 18 больных, хронический гепатит С – 41 больной, хронический гепатит В+Д – 6 больных, хронический алкогольный гепатит – 11 больных, хронический медикаментозный гепатит-13 больных. Срок заболевания до обращения к врачу-специалисту составил 0,3-1,8 лет (1,1±0,2 лет).

Результаты: из 89 пациентов с вышеуказанными поражениями печени у 81 уровень гомоцистеина (15-60 лет <12 µmol/L) был повышен и составил в группе больных с хроническим алкогольным повреждением печени 12,2-19,9 µmol/L, в группе больных с хроническими медикаментозными гепатитами 13,2-21,3 µmol/L; а в группе больных с хроническими вирусными гепатитами колебался от 15,9-44,9 µmol/L. Из 89 пациентов у 48 (хронические вирусные гепатиты-37 больных, хронические токсические гепатиты – 8 больных) была выявлена альбуминурия (как микро-, так и макроальбуминурия) и составила 21,4-132,8 mg/L (при норме <20,0 mg/L). Из 89 пациентов у 86 было выявлено повышение вч-СРБ (при норме <1; высокий риск >3 mg/L), причем у всех выше 3, 0 mg/L; а у 6 пациентов составил от 91,3-223,1 mg/L (HBV n=2; HBV+HDV n=4).

Выводы: повышение гомоцистеина, высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) в крови и выявление альбуминурии у пациентов с хроническими вирусными и токсическими гепатитами еще раз указывает на наличие эндотелиальной дисфункции у данной группы больных.

Частота выявления данных маркеров эндотелиальной дисфункции у больных с вышеуказанными печеночными патологиями составила в среднем 80,5%: для гомоцистеина – 91,0%; для высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) – 96,6%; для альбуминурии – 59,3%. Учитывая высокие показатели выявляемости указанных маркеров, пациенты с хроническими вирусными и токсическими гепатитами должны быть отнесены к группе повышенного сосудистого риска вне зависимости от исходного уровня холестерина и других факторов атерогенеза.

Хронические заболевания вен нижних конечностей увеличивают частоту жалоб у мужчин с артериальной гипертензией

Баев В.М., Вагалов Т.Ф.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Актуальность. Сегодня мало что известно о роли артериальной гипертензии (АГ) в формировании и течении хронических заболеваний вен (ХЗВ), не изученными остаются особенности клинической картины, частота и характер жалоб при такой коморбидности.

Поэтому целью нашего исследования была оценка частоты жалоб, ассоциированных с ХЗВ нижних конечностей у мужчин с АГ.

Материал и методы. Объект исследования – мужчины с АГ (сотрудники органов МВД России). Предмет исследования – частота субъективных признаков ХЗВ. Объем исследования – 60 человек с АГ (тестовая группа) и 27 мужчин с нормальным артериальным давлением (контрольная группа). Критерий включения в тестовую группу: мужской пол, наличие АГ, возраст 30-50 лет. Критерий включения в контрольную группу: мужской пол, нормальный уровень артериального давления, возраст 30-50 лет. Критерии исключения для пациентов обеих групп: употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные ОРВИ в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; хронические заболевания почек; синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенный остеогенез, анемии; гепатиты, цирроз печени, панкреатиты, язва желудка и ДПК; острые и хронические заболевания почек; профессиональные спортсмены; переломы костей ног в анамнезе; операции на костях, сосудах, мышцах ног; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания ЦНС и спинного мозга. Критерии включения и исключения из исследования подтверждены результатами медицинского обследования в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». Критерием АГ считали уровень САД 140 мм рт.ст. выше и/или ДАД 90 мм рт.ст. и выше, критерием нормального артериального давления считали уровень САД 120-129 мм рт.ст. и/или ДАД 80-84 мм рт.ст. Оценка субъективных признаков ХЗВ выполнена с помощью опросника, разработанного нами на основе «Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен» (2013 г.) и классификации CEAP (2006 г.). Результаты оценивали по количеству случаев варианта ответа – «да». Место исследования – госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». Дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в исследовании были утверждены этическим комитетом ПГМУ (протокол №6 от 28 июня 2017 г.). Результаты. Каждый 4-ый пациент с АГ (23%) знает о наличии у него патологии вен нижних конечностей, что достоверно не отличается от данных контрольной группы (4%), при p=0,05. Пациенты с АГ достоверно чаще (p < 0,05) отмечали у себя следующие жалобы: наличие боли в ногах (особенно

в положении стоя или сидя, ощущение тепла, жжения, зуда) к концу дня или под воздействием жаркой погоды или жарком помещении (37%); тяжесть и ощущение распирания в ногах к концу дня, усиливающие под воздействием жаркой погоды или жарком помещении (43%); боли и тяжесть в ногах уменьшаются или вовсе исчезают после отдыха в горизонтальном положении или при использовании медицинских компрессионных изделий (чулки, бинты) (67%); быструю утомляемость, боли в ногах при ходьбе (30%); судорожные подергивания икроножных мышц ног по ночам, чаще в жаркую погоду (27%); появление отеков (увеличение конечности) на голени и стопах к концу дня (43%); боли в ногах, судороги, отеки усиливаются длительном стоянии (47%). Такие жалобы, как наличие трофических кожных расстройств нижней части голени (сухость и изменение цвета кожных покровов голени, заключающееся в появлении различной степени интенсивности коричневого оттенка, выпадение волос) пациенты тестовой группы отмечали в 13% случаев, но различий с контрольной группой не было получено (4% в контрольной группе). Согласно результатам анкетирования 40% пациентов тестовой группы отмечали наличие заболеваний вен нижних конечностей у ближайших родственников (мать, отец), что так же часто, как и в контрольной группе – 22%, при $p > 0,05$.

Заключение. 67% мужчин с артериальной гипертензией отмечают у себя жалобы, ассоциированные с ХЗВ нижних конечностей, что в 2 раза чаще, чем у их сверстников-мужчин с нормальным артериальным давлением. Жалобы обусловлены болевым синдромом в ногах, отеками и судорогами нижних конечностей.

Хроническая обструктивная болезнь легких и ишемическая болезнь сердца: влияние тандема на функцию почек

Бакина А.А., Павленко В.И.

*Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск*

Актуальность: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является важной медико-социальной проблемой современности. Высокая распространенность патологии и вероятность развития инвалидизирующих и смертельно опасных осложнений вызывают опасения исследователей и врачей. Современными исследователями ХОБЛ рассматривается как заболевание с признаками поражения, как органов дыхательной системы, так и имеющее системные проявления, во многом обусловленные наличием системного воспаления. При этом структурно-функциональные нарушения дыхательной системы инициируют и способствуют прогрессированию изменений гомеостаза в сердечно-сосудистой системе, анемии, нарушениям минерального обмена в костной ткани, почечной дисфункции. По данным зарубежных исследователей, нарушение функции почек встречается у 10,2% пациентов с ХОБЛ, большую часть из которых составляют пациенты старше 75 лет. Эндотелиальная дисфункция, вносящая значимый вклад в развитие системных эффектов при ХОБЛ, может быть оценена по показателями микроальбуминурии (МАУ). МАУ – показатель поражения почечных структур, определяющийся на ранних стадиях заболевания, является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении прогрессирования риска кардиоваскулярных событий. Однако данных о влиянии сочетанной патологии на функциональное состояние почек недостаточно.

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек у больных ХОБЛ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) по показателям МАУ.

Материал и методы: в исследование включен 31 мужчина с ХОБЛ, категории BCD (GOLD, 2017) без учета степени тяжести, сочетанной со стабильной

стенокардией I-II функционального класса. Средний возраст обследованных составил $65,2 \pm 10,6$ лет. Длительность ХОБЛ заболевания составила $15 \pm 4,2$ года, ИБС $5,8 \pm 2,1$ года. В зависимости от категории пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа - категория В (n=10), 2-я группа – категория С (n=9), 3-я группа – категория D (n=12). Изучение МАУ проводилось иммунотурбидиметрическим методом. Нормальным значением МАУ считался показатель менее 25 мг/л. В исследовании использовались центрифугированные образцы средней порции утренней мочи. Критерии исключения: присутствие белка в общем анализе мочи на момент исследования и документированных данных о наличии протеинурии в анамнезе. При статистической обработке различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: в проведенном исследовании у 93,5% обследуемых лиц обнаружены повышенные значения МАУ. При сравнении между собой групп пациентов с ХОБЛ, выделенных согласно категоризации заболевания, установлено статистически значимое последовательное увеличение МАУ. Так, средний уровень МАУ у пациентов 1-ой группы составил $32,1 \pm 4,2$ мг/л, 2-й группы – $37,5 \pm 5,3$ мг/л, 3-й группы – $57,0 \pm 7,2$ мг/л. При этом значение МАУ в 3-й группе достоверно выше, чем в 1-й группе (в 1,8 раза; $p < 0,01$) и во 2-й группе (в 1,5 раза; $p < 0,05$). Значения МАУ во 2-ой группе были выше, чем в 1-ой, но статистически не значимо ($p > 0,05$).

Выводы: согласно полученным данным, при коморбидной ХОБЛ и ИБС практически у каждого больного встречается нарушение функционального состояния почек, что необходимо учитывать при составлении лечебно-диагностических программ для данной категории лиц.

Диагностика и лечение дивертикулярной болезни в условиях поликлиники

Балашов А.В., Бурдина Е.Г., Аронова О.В., Чузунникова Л.И., Минушкин О.Н.

Поликлиника №3, Москва

Цель исследования: диагностика и лечение дивертикулярной болезни в амбулаторных условиях. Материалы и методы: в исследование включено 1054 пациента в возрасте $59,5 \pm 8,6$ лет, страдающих дивертикулярной болезнью толстой кишки. Всем пациентам выполнялись эндоскопическое (видеоколоноскопия), либо рентгенологическое (ирригоскопия, виртуальная компьютерная колонография) исследование толстой кишки. Результаты. Среди пациентов с установленным дивертикулезом толстой кишки, 3,4% составили люди моложе 50 лет, 20,7% - в возрасте от 50 до 60 лет; среди пациентов старше 60 лет – 75,9%. Общая заболеваемость дивертикулярной болезнью составила 6,9% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. Соотношение заболевших мужчин и женщин 1,12:1,0. По локализации патологического процесса больные распределялись следующим образом: сигмовидная кишка – 72,7%, нисходящий отдел – 19%, тотальный дивертикулез толстой кишки – 3,9%, восходящий отдел – 3,4%, поперечно-ободочная кишка – 1%. По характеру течения у 65,9% пациентов дивертикулярная болезнь протекала бессимптомно, у 27,3% с клиническими проявлениями, осложненное течение диагностировано у 6,8% больных. Консервативное лечение, включающее антибактериальные препараты, препараты 5-АКК, спазмолитики, ферменты, пробиотики было эффективным в 99,2% случаев, оперативное пособие (левосторонняя гемиколэктомия) потребовалось в 0,8% случаев.

Выводы: 1. Распространенность дивертикулярной болезни прикрепленного контингента составила 6,9%, преимущественно у лиц старше 60 лет (75,9%). 2. Осложненное течение установлено у 6,8% больных. 3. Консервативная терапия эффективна в 99,2%, в оперативном лечении нуждались 0,8% больных.

Личностная тревожность и ситуативная тревога при сочетанном течении вибрационной болезни и артериальной гипертензии

Бараева Р.А., Бабанов С.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Одно из ведущих мест, в структуре профессиональных заболеваний, занимает вибрационная болезнь (ВБ), которая приводит к утрате профессиональной трудоспособности, как за счет воздействия производственной вибрации, так и вследствие коморбидной патологии, в частности, распространенность артериальной гипертензии (АГ) в этой группе достигает от 40 до 70%. У больных ВБ и коморбидной АГ, в последнее время, выявлена тенденция к росту числа неврозов и психозомоциональных расстройств, наиболее часто диагностируется невроз с аффективно-тревожными нарушениями.

Цель. Оценить состояние аффективно-тревожной сферы у больных с изолированным течением ВБ и сочетанным течением ВБ и АГ с помощью интегративного теста тревожности (ИТТ).

Материалы и методы. Обследовано 84 пациента с различными формами и степенью тяжести ВБ и 61 пациент с ВБ второй степени (общая, локальная вибрация) в сочетании с АГ(1-2 степени, риск 2-3). Группа контроля 30 человек, не имеющих контакта с производственной вибрацией, не страдающие АГ. Состояние аффективно-тревожной сферы оценивалось с помощью методики проведения интегративного теста тревожности [Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997]. Результаты и обсуждение. При проведении ИТТ у больных ВБ был выявлен повышенный уровень личностной тревожности. Достоверно значимое повышение уровня личностной тревожности, более 6,0 станайнов, определено при ВБ от воздействия локальной вибрации первой степени – 6,82±0,31 станайнов, (p<0,01) и при ВБ от воздействия локальной вибрации второй степени в сочетании с АГ – 6,70±0,34 станайнов, (p<0,01). При ВБ от воздействия общей вибрации первой степени уровень личностной тревожности составил – 6,11±0,45 станайнов, при второй степени заболевания – 6,50±0,38 станайнов, (p<0,05), при ВБ от воздействия общей вибрации второй степени в сочетании с АГ – 6,94±0,42 станайнов, (p<0,01). При исследовании структуры личностной тревожности было выявлено повышение уровней астенического компонента тревожности (АСТ), эмоционального дискомфорта (ЭД) и оценки перспективы (ОП). Уровень данных компонентов превышал более 6,0 станайнов. Однако достоверно значимым было повышение уровня АСТ в группе больных ВБ от воздействия локальной вибрации при первой степени заболевания – 7,53±0,23 станайнов, (p<0,001) и при ВБ от воздействия локальной вибрации второй степени в сочетании с АГ – 7,11±0,32 станайнов, (p<0,05), а также в группе больных ВБ от воздействия общей вибрации второй степени – 7,08±0,35 станайнов, (p<0,01) и при ВБ от воздействия общей вибрации второй степени в сочетании с АГ – 7,24±0,28 станайнов, (p<0,01). При исследовании ситуативной тревоги, высокий уровень и наиболее выраженные изменения в ее структуре были выявлены у больных ВБ от воздействия общей вибрации при второй степени заболевания и в сочетании с АГ. У пациентов данных групп достоверно значимым было повышение уровня ситуативной тревоги – 6,23±0,43 станайнов, (p<0,001) и 6,69±0,38 станайнов, (p<0,001), соответственно. В структуре ситуативной тревоги у больных ВБ от воздействия общей вибрации второй степени был значительно повышен уровень АСТ – 7,27±0,39 станайнов, (p<0,001) и ОП – 6,27±0,41 станайнов, (p<0,05). АСТ был достоверно повышен во всех группах больных: при ВБ от воздействия локальной вибрации первой степени – 7,18±0,27 станайнов, (p<0,001); при ВБ от воздействия локальной вибрации второй степени – 6,83±0,32 станайнов, (p<0,001);

при ВБ от воздействия общей вибрации первой степени – 6,83±0,26 станайнов, (p<0,001), при ВБ от воздействия общей вибрации второй степени – 7,27±0,39 станайнов, (p<0,001). В структуре ситуативной тревоги у больных ВБ в сочетании с АГ, независимо от характера воздействующей вибрации, преобладали АСТ и ОП.

Выводы. Состояние аффективно-тревожной сферы у больных ВБ и ее сочетании с АГ, характеризуется высокими уровнями как личностной тревожности, так и ситуативной тревоги. В структуре личностной тревожности преобладают астенический АСТ, ЭД и ОП. Наиболее значимые изменения в структуре ситуативной тревоги выявлены при ВБ от воздействия общей вибрации второй степени и ее сочетании с АГ, независимо от характера вибрации. Вышеописанные изменения свидетельствуют о целесообразности активного выявления расстройств аффективно-тревожной сферы у больных ВБ и АГ, так как приводят к снижению трудоспособности, быстрой утомляемости, эмоциональному «выгоранию» и нуждаются в проведении своевременной медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

Оценка риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений у лиц, перенесших ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий

Белокрылова Л.В., Пушников А.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. Оценить факторы риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших ишемический инсульт (ИИ). Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 72 больных (47 женщин, 25 мужчин), средний возраст 74,3±11,2 лет, перенесших ИИ на фоне ФП и проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении ОКБ №2 г. Тюмени в 2016 г. Анализ факторов риска тромбоэмболических осложнений проводился при помощи шкалы CHA2DS2-VASc, риска кровотечений оценивался по шкале HAS-BLED. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики и корреляционного анализа. Результаты исследования. Средний возраст обследованных больных с ИИ на фоне ФП составил 74,3±11,2 лет, у женщин он был достоверно (p=0,003) выше, чем у мужчин. Преобладали пациенты в возрасте старше 65 лет – 89,5%, женского пола – 65%, с постоянной формой ФП – 70,8%. Наиболее часто встречающимися факторами риска тромбоэмболических осложнений как среди мужчин, так и женщин, были: артериальная гипертензия (100%), сердечная недостаточность (98,6%), сосудистые заболевания - инфаркт миокарда или атеросклеротические бляшки аорты (90,3%). Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было в 30,6% случаев, ТИА или системные тромбоэмболии у 72,5% больных с ИИ на фоне ФП. При расчете индекса CHA2DS2-VASc, сумма баллов у всех пациентов оказалась выше 3. Среднее значение индекса 6,14±1,19 баллов; у мужчин индекс (5,2±1,4 баллов) был достоверно (p<0,001) ниже, чем у женщин (6,8±1,4, баллов). Риск кровотечений по шкале HAS-BLED в среднем составлял 3,2±0,7 баллов и не имел достоверных отличий в группах мужчин и женщин; у 58 (76%) пациентов был повышенный риск кровотечений (индекс HAS-BLED>3). При проведении корреляционного анализа была установлена положительная зависимость между риском тромбоэмболических осложнений (индекс CHA2DS2-VASc) и риском кровотечений (индекс HAS-BLED) +r=0,431 (p=0,0001). В 77% случаев инсульта относились к категории тяжелых. Наиболее частыми проявлениями ИИ на фоне ФП

были гемипарез, сенсорно-моторная афазия, дизартрия. При оценке лечения на догоспитальном этапе, оказалось, что 40,5% больных получали антиагреганты (ацетилсалициловая кислота+магния гидроксид или ацетилсалициловая кислота), варфарин принимали 14% больных, дабигатран этексилат - 5,5% больных с ИИ на фоне ФП. В 39% случаев пациенты не использовали для снижения риска тромбообразования ни антикоагулянтов, ни антиагрегантов. Выводы. В нашем исследовании часто встречающимися факторами риска инсульта и тромбоэмболических осложнений были: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и атеросклеротическое поражение сосудов. В 77% случаев инсульты у больных с ФП сопровождались развитием тяжелого неврологического дефицита. Все пациенты, перенесшие ИИ на фоне ФП имели высокий и очень высокий риск развития инсульта и системных тромбоэмболий; у 76% больных был высокий риск кровотечений. Антикоагулянты получали 20,5% больных, антиагреганты – 40,5%, а у 39% больных не проводилась антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.

Воспалительные заболевания кишечника у пациентов с анкилозирующим спондилитом

Белоусова Е.Н., Хассан С.Аскар, Сухорукова Е.В., Протопопов М.С., Абдулганиева Д.И.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница, Университетская клиника Шарите, Казань, Татарстан, Берлин, ФРГ

Введение. У пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) встречаются внесуставные проявления – увеит, псориаз и воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). По данным литературы до 7% пациентов с АС имеют ВЗК. Цель исследования. Проанализировать клинические особенности пациентов с сочетанием АС и ВЗК по сравнению с общей группой пациентов с АС.

Методы. В исследование было включено 50 пациентов с АС: мужчин было 34 (68%), женщин – 16 (32%). Средний возраст пациентов составлял 44,59±11,57 лет, возраст установления диагноза АС – 30,14±12,21 лет, длительность заболевания – 16,12±10,84 лет. У преобладающего большинства пациентов была HLA-B27-позитивность – 45 (90%). Среднее значение индекса активности ASDAS – 3,54±0,83, что соответствует очень высокой степени активности заболевания. Высокая активность согласно индексу активности BASDAI (среднее BASDAI 6,15±2,13). В качестве группы сопоставления были включены 14 пациентов с АС и ВЗК. Средний возраст составил 42,29±12,99 лет, средняя продолжительность симптомов ВЗК – 7,17±7,46 лет.

Результаты. У пациентов с сочетанием АС и ВЗК частота поражения глаз (увеит и иридоциклит) была достоверно выше, чем у пациентов с АС без ВЗК (42,8% и 10%, $p=0,004$). Такой маркер АС как HLA-B27 был выявлен достоверно чаще у пациентов с АС, чем с сочетанием АС и ВЗК (57,1% и 88%, $p=0,01$). Обе группы пациентов были сопоставимы по показателям лабораторной активности: гемоглобин (125,9±27,98 и 121,3±19,6, $p=0,32$), СОЭ (31,82±21,91 и 29,22±16,5, $p=0,81$), тромбоциты (341,91±105,02 и 336,7±108,73, $p=0,67$), СРБ (17,89±42,73 и 11,22±14,48, $p=0,59$), γ -глобулины (19,29±4,45 и 16,82±3,3, $p=0,29$), иммуноглобулин G (14,11±3,89 и 17,63±3,99, $p=0,71$), общий белок (72,72±9,81 и 72,07±5,85, $p=0,41$).

Выводы. У пациентов с сочетанием АС и ВЗК чаще встречалось поражение глаз, чем у пациентов с АС без ВЗК. HLA-B27 встречался в группе пациентов с АС чаще, чем с сочетанием АС и ВЗК, следовательно, не может использоваться как маркер АС у пациентов с ВЗК. Не было выявлено значимых лабораторных различий между группой пациентов с АС и ВЗК по сравнению с пациентами с АС.

Клинико-диагностические особенности течения посткардиотомного синдрома у больных с ХОБЛ после кардиохирургических операций на амбулаторном этапе реабилитации

Беренштейн Н.В., Лохина Т.В., Иванчукова М.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Пенза

Цель: сравнительная оценка клинических и инструментальных проявлений посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургической операции на амбулаторном этапе реабилитации в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей ХОБЛ.

Материал и методы. Проведен анализ клинико-инструментальных данных 57 больных (все мужчины) 46-72 лет (средний возраст 59±4,8 лет) с посткардиотомным синдромом, развившимся после коронарного шунтирования или оперативной клапанной коррекции (протезирование и/или пластика клапанов) в послеоперационном периоде (на 5-21 сутки после операции). Диагноз ХОБЛ (средней степени тяжести по классификации GOLD) был установлен на предоперационном этапе у 27 (47,4%) больных. Проводились динамические УЗИ плевральных полостей и перикарда, стандартные клинические, лабораторные исследования, анализ клинических проявлений, спирометрия однократно.

Результаты. Во всех случаях посткардиотомный синдром диагностирован на этапе стационарного обследования и лечения. На момент включения в исследование на амбулаторном этапе реабилитации обнаружено в 12 случаях (21%) сочетание выпота в перикардиальной и плевральных полостях. У 37 больных (64,9%) отмечен изолированный выпот в плевральные полости, а в остальных случаях – перикардиальный выпот (8 больных; 14,1%). Клинические проявления постперикардиотомного синдрома: у 15 больных (26,3%) повышение температуры, только в 2 случаях были эпизоды фебрильной, в остальных случаях только субфебрильное повышение температуры; шум трения перикарда у 5 пациентов (8,8%), шум трения плевры в 9 случаях (15,8%); одышка беспокоила 33 (57,9%) больных, жалобы на плевральные боли в 10 (17,5%) случаях, в 13 (22,8%) – жалобы на неопределенный дискомфорт в грудной клетке; у 10 (17,5%) больных – дискомфорт в области сердца неспецифического характера или кардиалгия. В лечении применялась стандартная терапия НПВС и, по показаниям, антибактериальными средствами. Длительность медикаментозной терапии подбиралась индивидуально по результатам клинико-инструментальных и лабораторных исследований. Кроме того, пациенты с ХОБЛ также получали стандартную базисную терапию пролонгированными бронхолитиками. Выявлено: в случаях без сопутствующей ХОБЛ регресс проявлений посткардиотомного синдрома (жалобы, клинические проявления, показатели инструментальных и лабораторных исследований) отмечен в достоверно более короткие сроки в сравнении с группой с сопутствующей ХОБЛ (средние сроки соответственно составили 10±3,5 и 23±4,5 суток). Важно отметить, что в большинстве случаев, как в 1-й, так и во 2-й группах больных, выраженность субъективных проявления и жалоб пациентов не коррелировали с данными ультразвукового исследования плевральных, перикардиальной полостей и лабораторными показателями. Клинические проявления посткардиотомного синдрома характеризовались неспецифичностью жалоб, особенно во второй группе пациентов на фоне сопутствующей ХОБЛ.

Заключение. Таким образом, по данным клинических и инструментальных проявлений, более длительное течение постперикардиотомного синдрома на амбулаторном этапе реабилитации выявлено у больных с ХОБЛ, нежели при его отсутствии. Вероятно, это связано с наличием у

пациентов данной категории системного воспаления, являющегося одним из ключевых маркеров патогенеза ХОБЛ. Это исследование позволяет предложить активное выявление ХОБЛ при наличии затяжного течения постперикардиотомного синдрома. А при наличии сопутствующей ХОБЛ пересмотреть степень тяжести данной нозологии и усилить базисную бронхолитическую терапию.

Коррекция различных видов обмена печени при внебольничных пневмониях в процессе терапии

Бобылева Е.С., Горбунов А.Ю., Васильева О.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Городская клиническая больница №8, Ижевск

Цель работы: Оценка различных видов обмена в печени при внебольничной пневмонии в процессе терапии.

Материалы и методы: Под наблюдением было 112 пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГКБ №8 города Ижевска с диагнозом: ВП средней и тяжелой степени тяжести. Из них женщин было 48 (42,86%), мужчин – 36 (57,14%). Возраст больных составил от 20 до 82 лет (средний возраст – 58,36 ± 1,23 года). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа, в которой наряду со стандартной терапией ВП, был включен сукцинатсодержащий препарат, назначавшийся в дозе 200 мл ежедневно, 1 раз в сутки внутривенно капельно в течение 5 дней и 2 группа, которая получала стандартную терапию при лечении ВП.

Результаты: По данным лабораторного исследования крови, у пациентов обеих групп до лечения наблюдались следующие показатели различных видов обмена: Так, уровень фибриногена составил 4,55 ± 1,6 г/л, общего белка – 73,45 ± 7,47 г/л, альбумина – 43,32 ± 4,14 г/л, а протромбинового индекса (ПТИ) – 98,41 ± 6,83 %. Показатели липидного обмена были следующими: уровень холестерина составлял 5,4 ± 0,37 ммоль/л, а триглицеридов (ТГ) – 1,12 ± 0,5 г/л. Содержание глюкозы при этом составило 4,5 ± 0,07 ммоль/л. После курсового лечения в 1 группе уровень фибриногена составил 4,75 ± 1,3 г/л (р>0,05), общего белка 73,0 ± 6,75 г/л (р>0,05), альбумина 44,23 ± 2,56 г/л (р>0,05), ПТИ 101 ± 1,01% (р>0,05), что свидетельствует об улучшении белково-синтетической функции печени. Уровень холестерина и ТГ при этом снижались соответственно до 3,75 ± 0,03 ммоль/л и 0,95 ± 0,05 г/л (р>0,05), а содержание глюкозы составило 4,4 ± 0,04 ммоль/л.

Заключение: В результате проведенного исследования выявлено, что при назначении в комплексной терапии ВП сукцинатсодержащего препарата отмечалось улучшение показателей функциональной активности печени, что может способствовать более быстрой ликвидации симптомов основного заболевания.

Гендерно-возрастные особенности зарегистрированных сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития по результатам диспансеризации

Болотова Е.В., Ковригина И.В.

Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Целью настоящего исследования явилось изучение гендерно-возрастных особенностей зарегистрированных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их факторов риска (ФР) у лиц, прошедших обследование в

рамках диспансеризации в 2015 году в амбулаторно-поликлиническом учреждении (г. Краснодар).

Методы исследования. Изучена структура ССЗ и ФР ССЗ у лиц, прошедших диспансеризацию в 2015г по данным форм № 025/у-04. Для статистического анализа использованы результаты анкетирования, антропометрии, объективного статуса.

Результаты. Всего первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2015 г. прошли 2461 человек (средний возраст 43,1±17,3 года). Доля женщин среди обследованных составила 66% от прошедших диспансеризацию (средний возраст 44,1±17,5 года), мужчин – 34% (средний возраст 41,4±16,8 года). Наиболее активными в прохождении диспансеризации оказались пациенты молодого возраста (18-38 лет) – 50% (n=1231), лица в возрасте 39-60 лет составили 31,7% (n=779), а в возрасте 61 года и старше – 18,3% (n=451; $\chi^2=373,9$; $p=0,000$). В 30,9% (n=762) случаев зарегистрированы сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (средний возраст 61,5±13,8), при чем у 91,5% (n=697) из них зарегистрированы коды МКБ I10.0-I15.9 и I20.0-I25.9. Доля женщин среди зарегистрированных пациентов с ССЗ составила 67,5% (n=514) средний возраст 62,9±13,2 года, доля мужчин 32,5% (n=248), средний возраст 58,7±14,6 года. В структуре зарегистрированных ССЗ 69,6% (n=530) составляет артериальная гипертензия (АГ), 4,3% (n=33) ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 17,6% пациентов зарегистрировано сочетание указанных заболеваний (n=134). Из пациентов ССЗ 52 (6,8%) курят, из них 13 (25%) женщин и 39 (75%) мужчин; имеют недостаточную физическую активность 534 (71,3%) пациента - 373 (70%) женщин и 161 (30%) мужчин; нерациональное питание у 624 (81,9%) человек – 413 (66%) женщин и 211 (34%) мужчин; избыточная масса тела зарегистрирована у 356 (46,7%) человек – 240 (67,5%) женщин и 116 (32,5%) мужчин; ожирение у 205 (26,9%) пациентов – 147 (72%) женщин и 58 (28%) мужчин. Только 60,5% (n=422) пациентов состояло под диспансерным наблюдением на момент проведения 1 этапа диспансеризации. Дополнительно взято по результатам диспансеризации под диспансерное наблюдение 10,6% (n=74) пациентов. Не взято под наблюдение 28,8% (n=201) из пациентов, с зарегистрированными АГ и/или ИБС, подлежащих диспансерному наблюдению.

Выводы. Выявленные особенности свидетельствуют о низкой активности первичной и вторичной профилактики ССЗ, что позволяет уточнить приоритеты при разработке региональных программ по профилактике ССЗ.

Аспирининдуцированные гастродуоденопатии у пациентов с ишемической болезнью сердца: варианты лечения

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

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Ацетилсалициловая кислота (АСК) более ста лет используется в качестве лекарственного средства при различной патологии. Более 25 лет она применяется для первичной и вторичной профилактики у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности при ишемической болезни сердца (ИБС). Это подтверждают многочисленные исследования, где было показано достоверное снижение сердечно-сосудистой смерти при приеме АСК при ИБС. Согласно рекомендациям ESC (2013), длительное лечение низкими дозами АСК показано больным со стабильной ИБС (класс рекомендаций I, уровень доказательности A). У больных с ИБС при вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с использованием АСК, остается высокий риск ее побочных действий. В подавляющем большинстве они представляют из себя желудочно-кишечные кровотечения вследствие поражения слизистой желудка

и двенадцатиперстной кишки. В целом побочные действия АСК на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) изучены достаточно много. В их числе известно прямое повреждающее действие АСК на слизистую желудка, а ее кишечнорастворимых форм на двенадцатиперстную кишку. В то же время важным механизмом повреждения ЖКТ при использовании АСК считается блокирование циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) с уменьшением выработки простагландинов E2. При снижении которого ухудшается микроциркуляция стенки слизистой ЖКТ, уменьшается выработка слизи и бикарбонатов, нейтрализующих действие пепсина, желчных кислот и соляной кислоты. В некоторых исследованиях показано слабое преимущество буферных и кишечнорастворимых форм АСК в отношении их безопасности (О.О. Шахматова, 2011). Вместе с тем недостаточно изучены возможности защиты ЖКТ от действия АСК. Традиционно для снижения риска повреждения ЖКТ, принимающих с целью профилактики ССО АСК, рассматривается применение ингибиторов протонной помпы (ИПП). Именно данный класс препаратов считается основным для профилактики и лечения нестероиднопротивовоспалительных (НПВП) индуцированных гастроэнтеропатий (А.Е. Каратеев, 2015; S. Harirfrosh, 2013; C. Sostres, 2013). Но данные литературы свидетельствуют, что ИПП могут защищать лишь верхние отделы ЖКТ, не предупреждая энтеропатии. А также они способны увеличивать риск их развития (W. Marlicz et al., 2014; A.G. Clooney, 2016). Поэтому оправдан поиск дополнительных путей защиты желудка и двенадцатиперстной кишки при длительном приеме АСК. Перспективным направлением может быть использования препарата повышающего содержание простагландина E2 в слизистой верхних отделов ЖКТ – ребамипида. Он увеличивает содержание слизи, улучшает кровоснабжение слизистой, и активизирует барьерную функцию верхних отделов ЖКТ, особенно в присутствии *Helicobacter pylori* (Нр). Судя по имеющимся в доступной литературе сведениям в этом направлении изучались лишь гастриты и язвенная болезнь желудка и ДПК (М.Ф. Осипенко, 2016; Е.В. Мороз, 2016; K Mizukami et al, 2011; S. Zhang et al 2013). Есть единичные работы по изучению защиты при использовании НПВП-энтеропатий при лечении больных ревматологического профиля (M. Hasegava et al., 2013). В свою очередь работ по использованию ребамипида для защиты ЖКТ у больных со стабильной ИБС (СИБС) при длительном приеме АСК в доступной литературе практически не встречается. Все вышеизложенное определяет необходимость дальнейшего изучения возможностей лечения гастроэнтеропатий у больных со стабильной ИБС, принимающих АСК.

Диагностика гипертонической болезни сердца при эхокардиографии – раннего маркера скрытой артериальной гипертонии и скрытой неэффективности лечения артериальной гипертонии на рабочем месте

Бритов А.Н., Платонова Е.М., Елисеева Н.А., Смирнова М.И.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Медико-санитарная часть № 170, Москва, Королев

Цель. Изучить возможность применения эхокардиографии с целью ранней диагностики скрытой артериальной гипертонии (САГ) и скрытой неэффективности лечения (СНЛ АГ) на рабочем месте у работников крупного промышленного предприятия.

Материал. 658 работников, работающих во вредных и/или опасных условиях труда.

Методы. Проведено дополнительное обследование во время обязательного ежегодного периодического медицинского осмотра (ПМО): помимо

офисного измерения артериального давления (АД) проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ) для выявления структурно-функциональных изменений миокарда (СФИМ), представляющих основной субстрат гипертонической болезни сердца (ГБС), которая изучалась отдельно для групп с установленным диагнозом АГ и без него. Критерии включения: наличие диагноза АГ либо факторов риска АГ, подписание информированного согласия на участие в исследовании. Результаты. 477 работников подписали информированное согласие на участие в исследовании, среди них было 220 (46,1%) мужчин, 257 (53,9%) женщин, средний возраст участников 53,2±5,5года. Анализ данных СМАД и офисных измерений АД показал, что частота САГ на рабочем месте составляет 12,7% среди всех обследованных, но 50% среди лиц с нормальным офисным АД; частота СНЛ АГ составляет 20,1% среди всей выборки или 44,1% среди работников с нормальным офисным АД, получающих АГТ. Анализ данных ЭхоКГ показал, что СФИМ при САГ на рабочем месте и устойчивой АГ сопоставимы, исключение составляет большая толщина задней стенки левого желудочка (ЛЖ) у больных с устойчивой АГ. У пациентов с САГ имеется диастолическая дисфункция ЛЖ, выраженность которой не отличается от таковой при устойчивой АГ. Толщина межжелудочковой перегородки, задней стенки и относительная толщина стенок ЛЖ при СНЛ АГ на рабочем месте больше, чем при эффективном лечении АГ (p<0,05). СФИМ ЛЖ при СНЛ АГ и при явно неэффективном лечении АГ сопоставимы. Время изоволюмического расслабления ЛЖ при СНЛ АГ увеличено по сравнению с эффективно лечимыми (p<0,05). Частота ремоделирования ЛЖ при САГ достигает 80% и включает концентрическое ремоделирование (15%), концентрическую гипертрофию ЛЖ (60%) и эксцентрическую гипертрофию ЛЖ (5%). Заключение. Применение ЭхоКГ при обследовании лиц с АГ и ее факторами риска в ходе ПМО позволяет выявлять не только органические поражения, ассоциированные с повышенным АД и трактуемые нами как ГБС, но и работников со скрытой АГ и СНЛ АГ на рабочем месте, своевременно назначать СМАД, а в последующем – лечение АГ. Наш клинический опыт дает нам основание считать обязательным указание в диагнозе на поражение конкретного органа-мишени АГ и характера этого поражения.

Особенности суточного профиля артериального давления, показатели качества жизни и психоэмоционального состояния пациентов с артериальной гипертонией на фоне хронической обструктивной болезни легких

Бубнова М.А., Крючкова О.Н., Кучеренко Т.В.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. Во всем мире кардиоваскулярная патология и ее осложнения продолжают занимать лидирующее место в структуре смертности и инвалидизации взрослого населения. Нередко практические врачи имеют дело с коморбидными пациентами, достаточно часто встречается сочетание артериальной гипертонии (АГ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), это значительно усложняет не только диагностику и лечение, но и прогноз заболеваний, качество жизни пациента, негативно влияет на его психоэмоциональный статус, требует более скрупулезного подхода к реабилитационным мероприятиям. Одним из наиболее важных прогностических критериев высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у таких больных являются индивидуальные особенности суточного профиля артериального давления, выявление которых позволит назначать адекватную антигипертензивную терапию.

Цели исследования. Выявить особенности течения АГ у коморбидных пациентов и оценить психоэмоциональное состояние больных с целями дальнейшей оптимизации лечения и реабилитации.

Задачи исследования. Изучить особенности суточного профиля артериального давления, оценить показатели качества жизни и психоэмоционального статуса у пациентов с АГ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов, у которых диагностирована АГ, из них 65% женщин и 35% мужчин. Средний возраст больных составил $61,1 \pm 1,42$ года. Исследуемые разделены на две сопоставимые по полу и возрасту группы: 1 группа ($n=34$) – пациенты только с АГ, 2 группа ($n=26$) – пациенты с АГ на фоне ХОБЛ. Всем больным кроме общеклинических методов исследования проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате АВРМ – 04 «Cardiospu» фирмы Labtech (Венгрия) и оценка качества жизни по опроснику SF 36. Также больные опрошены по шкале Бека на наличие депрессивных расстройств.

Полученные результаты. Проведен анализ показателей суточного профиля артериального давления и выявлены следующие закономерности: в первой группе профиль *dipper* встречался у 32,4% пациентов, во второй – только у 8% больных. У коморбидных пациентов преобладало недостаточное снижение АД в ночные часы (профиль *non-dipper*) и его чрезмерное повышение ночью (*night-peaker*) – 52% и 40% соответственно. Зафиксировано достоверное ($p=0,026$) увеличение индекса нагрузки систолическим артериальным давлением (САД) у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и ХОБЛ по сравнению с больными первой группы (средние значения индекса нагрузки САД, %: $46,17 \pm 6,53$ и $27,8 \pm 4,43$ соответственно). Кроме того, выявлены отличия в вариабельности артериального давления (StD) между группой 1 и группой 2 (средняя StD САД суточная: $14,05 \pm 0,59$ и $15,39 \pm 0,82$ при $p=0,032$), средняя StD ДАД суточная: $9,81 \pm 0,43$ и $11,03 \pm 0,66$ при $p=0,016$ соответственно). Среднее пульсовое АД также отличалось и было выше в группе коморбидных пациентов: $49,9 \pm 1,56$ и $53,96 \pm 2,4$ при $p=0,006$. При анализе качества жизни по опроснику SF 36 были выявлены следующие закономерности: у коморбидных больных были достоверно снижены показатели физического функционирования (PF, средние значения 1 группы – $64,5 \pm 4,0$ и 2 группы – $35,38 \pm 4,37$ при $p=0,00002$), общего состояния здоровья (GH, $53,7 \pm 3,16$ и $42,3 \pm 2,94$ при $p=0,01$), жизненной активности (VT, $52,7 \pm 2,43$ и $39,6 \pm 3,55$ при $p=0,009$), социального функционирования (SF, $67,05 \pm 3,39$ и $52,9 \pm 4,18$ при $p=0,015$) и физический компонент здоровья в целом (PH $39,8 \pm 1,4$ и $32,6 \pm 1,39$ при $p=0,0006$). При анализе показателей шкалы депрессии Бека выявлено, что признаки депрессии присутствовали в первой группе пациентов у 45,4%, во второй – у 73% больных.

Выводы. У коморбидных пациентов присутствуют более высокие риски сердечно-сосудистых осложнений, что связано с такими особенностями суточного профиля артериального давления, как отсутствие достаточного снижения АД ночью, высокие показатели вариабельности и повышение пульсового АД. Необходим не только ответственный подход к лечению пациентов с сочетанной патологией, но и повышенное внимание к методам физической и психологической реабилитации, т.к. данные больные имеют большую склонность к возникновению депрессии, у них наблюдаются более низкие показатели качества жизни.

Снижение уровня мелатонина как фактор прогрессирования хронической обструктивной болезни легких

Будневский А.В., Кожевникова С.А., Гончаренко О.В.

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

Недавние исследования выявили геропротекторы, открывающие новые возможности для лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Так, использование мелатонина может быть эффективным подходом к лечению ХОБЛ, предотвращая прогрессирование заболевания. Одной из важных функций мелатонина является антиоксидантная активность. На современном этапе дисбаланс в системе провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в тесной связи с оксидантным стрессом рассматриваются как компоненты единого механизма при ХОБЛ. Цель и задачи исследования. Проанализировать изменения уровня мелатонина у пациентов с (ХОБЛ) (GOLD 2-4), оценить клиническое течение ХОБЛ, активность хронического системного воспаления, уровень сурфактантного белка D (SP-D), качество сна и жизни у пациентов в течение 1 года наблюдения.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 88 человек (62 мужчины, 26 женщин) с диагнозом ХОБЛ (GOLD 2-4) в возрасте от 40 до 80 лет. В зависимости от стадии ХОБЛ было сформировано 3 группы: 1-ая группа – 31 пациент с ХОБЛ (GOLD 2); 2-ая группа – 29 пациентов с ХОБЛ (GOLD 3); 3-я группа – 28 пациентов с ХОБЛ (GOLD 4). Комплексное обследование пациентов включало оценку клинико-лабораторных, инструментальных показателей исходно и через 1 года наблюдения. Математическая и статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Полученные результаты. Уровень мелатонина у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2-4) показал тенденцию к снижению его концентрации от исходно низких значений. Так, уровень мелатонина в крови у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2), пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) и пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) достоверно снизился на 5,38; 6,20 и 6,17 пг/мл соответственно ($p<0,05$), уровень мелатонина в моче у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2), пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) и пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) достоверно снизился на 5,07; 5,42 и 4,73 нг/мл соответственно ($p<0,05$). Характеристики сна пациентов и тяжесть инсомнии показали сохраняющиеся расстройства с легкой и умеренной тяжестью нарушения сна. Так, в группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 2) индекс тяжести инсомнии достоверно вырос в 1,2 раза, в группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) и в группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) – в 1,2 и 1,2 раза соответственно ($p<0,05$). Изменений показателей, отражающих степень активности системного воспалительного ответа были следующие: в группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 2) уровень интерлейкина (ИЛ)-6 и ИЛ-8 статистически достоверно выросли на 1,25 и 1,68 пг/мл соответственно ($p<0,05$), уровень ИЛ-4 статистически достоверно снизился на 0,52 пг/мл ($p<0,05$), уровень ИЛ-10 через 1 год наблюдения не изменились ($p>0,05$). В группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) уровень ИЛ-6 и ИЛ-8 статистически достоверно выросли на 1,73 и 2,04 пг/мл соответственно ($p<0,05$), уровень ИЛ-4 статистически достоверно снизился на 0,45 пг/мл ($p<0,05$), уровень ИЛ-10 через 1 год наблюдения не изменились ($p>0,05$). В группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) уровень ИЛ-6 и ИЛ-8 статистически достоверно выросли на 1,32 и 1,84 пг/мл соответственно ($p<0,05$), уровень ИЛ-4 также статистически достоверно снизился на 0,47 пг/мл от исходного значения ($p<0,05$), уровень ИЛ-10 через 1 год наблюдения не изменились ($p>0,05$). Уровень SP-D снизился в 1,13; 1,06; 1,08 раза в группе пациентов с ХОБЛ (GOLD 2), пациентов с ХОБЛ (GOLD 3), пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) соответственно ($p<0,05$). Таким образом, снижение уровня мелатонина обусловило снижение антиоксидантных защитных факторов организма, дисбаланс в системе провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сторону поддержания активности системного хронического воспаления, ухудшение иммунного статуса пациентов, и как следствие, через 1 год наблюдения достоверно выросло количество обострений заболевания у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2), пациентов с ХОБЛ (GOLD 3), пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) в 1,4; 1,6; 1,7 раз соответственно, ухудшилась клиническая симптоматика ХОБЛ, влияющая на различные сферы жизни

пациентов, а в совокупности с диссомническими нарушениями легкой, умеренной степени тяжести снизилось качество жизни пациентов.

Выводы. Низкий уровень мелатонина, дисбаланс в системе про- и противовоспалительных цитокинов, низкий уровень SP-D ассоциированы со сниженными антиоксидантными защитными факторами организма, поддержанием активности системного воспаления, ухудшением иммунного статуса пациентов, что негативно влияет на частоту обострений, клиническое течение ХОБЛ, качество сна и жизни пациентов.

Мелатонин и его влияние на активность системного хронического воспаления у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Будневский А.В., Кожевникова С.А., Гончаренко О.В.

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу самых распространенных хронических заболеваний легких. Сопутствующие нарушения сна существенно ухудшают качество жизни пациентов с ХОБЛ, в связи с чем, требуется дополнительное изучение этиологии, взаимосвязей описанных состояний.

Цель и задачи исследования. Оценить уровень мелатонина у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2-4), исследовать качество сна пациентов, уровень биомаркеров системного воспаления, уровня сурфактантного белка D (SP-D) у пациентов с ХОБЛ в зависимости от степени тяжести заболевания и уровня мелатонина.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 88 человек (62 мужчины, 26 женщин) с диагнозом ХОБЛ (GOLD 2-4), вне обострения в возрасте от 40 до 80 лет. В зависимости от стадии ХОБЛ было сформировано 3 группы: 1-ая группа – 31 пациент с ХОБЛ (GOLD 2); 2-ая группа – 29 пациентов с ХОБЛ (GOLD 3); 3-я группа – 28 пациентов с ХОБЛ (GOLD 4). Комплексное обследование пациентов включало оценку клинико-лабораторных, инструментальных показателей. Математическая и статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows и Microsoft Office Excel for Windows.

Полученные результаты. Чем выше стадия ХОБЛ, тем достоверно ниже уровень мелатонина в крови, моче. Так, уровень мелатонина в крови у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) был достоверно ниже на 7,35 и 11,44 пг/мл по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) и с ХОБЛ (GOLD 2) соответственно ($p < 0,05$), уровень мелатонина в крови у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) был достоверно ниже на 4,09 пг/мл по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) ($p < 0,05$). Уровень мелатонина в моче у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) был достоверно ниже на 5,61 и 16,43 нг/мл по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) и с ХОБЛ (GOLD 2) соответственно ($p < 0,05$); уровень мелатонина в моче у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) был достоверно ниже на 10,82 нг/мл по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) ($p < 0,05$). Степень выраженности и тяжести инсомнии достоверно напрямую зависит от степени тяжести ХОБЛ, чем выше стадия, тем более выражена диссомния. Так, индекс тяжести инсомнии у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) был достоверно выше в 1,3 и 1,5 раза по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) и с ХОБЛ (GOLD 2) соответственно ($p < 0,05$), а у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) был достоверно выше в 1,2 раза по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) ($p < 0,05$). Оценка активности системного воспалительного ответа показала, степень его выраженности напрямую связана со степенью тяжести ХОБЛ. Так, показатели провоспалительного профиля – интерлейкин-6 (ИЛ)-6 и ИЛ-8 были достоверно выше у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) по сравнению с

пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) на 6,68 и 4,00 пг/мл соответственно ($p < 0,05$) и по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 10,39 и 8,36 пг/мл соответственно ($p < 0,05$) и у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 3,71 и 4,36 пг/мл соответственно ($p < 0,05$). Показатели противовоспалительного профиля – ИЛ-4 и ИЛ-10 были достоверно ниже у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) на 0,34 и 1,57 пг/мл соответственно ($p < 0,05$) и по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 1,10 и 2,98 пг/мл соответственно ($p < 0,05$), и у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) на 0,76 и 1,41 пг/мл соответственно ($p < 0,05$). Анализ уровня специфического маркера воспалительного процесса при ХОБЛ – SP-D продемонстрировал: достоверно низкий уровень оцениваемого показателя у пациентов с ХОБЛ (GOLD 4) в 1,3 и 2,0 раза по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 3) и с ХОБЛ (GOLD 2) соответственно ($p < 0,05$), и у пациентов с ХОБЛ (GOLD 3) достоверно низкий в 1,5 раза по сравнению с пациентами с ХОБЛ (GOLD 2) ($p < 0,05$). Результаты исследования подтвердили данные корреляционного анализа: чем тяжелее степень ХОБЛ, чаще обострения заболевания, выраженнее симптомы ХОБЛ и их влияние на различные сферы жизни пациентов, тяжелее степень обструкции и хуже качество жизни пациентов, тем активнее протекает хроническое системное воспаление с повышенными показателями провоспалительного профиля, сниженными показателями противовоспалительного профиля, прослеживается тенденция к снижению уровня SP-D, отвечающего за модулирование иммунной защиты и воспаления.

Выводы. Низкий уровень мелатонина у пациентов с ХОБЛ (GOLD 2-4) обуславливает диссомнические нарушения, низкую антиоксидантную защиту, низкий уровень SP-D, высокую активность провоспалительной системы, низкую активность противовоспалительной системы.

Клиническая эффективность медикаментозной терапии и легочной реабилитации в профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких

Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Мальцева Ю.Н.

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одно из наиболее часто встречающихся хронических заболеваний бронхолегочной системы, занимающее 4-е место в мире как причина смертности в возрастной группе от 45 лет и старше. ХОБЛ характеризуется неуклонным прогрессированием и высоким уровнем инвалидизации. Снижение частоты и тяжести обострений ХОБЛ может быть достигнуто различными путями – это отказ от курения, вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, осведомленность пациентов о проводимой медикаментозной терапии, правильная техника выполнения ингаляций, лечение длительно действующими ингаляционными бронхолитиками в сочетании с ингаляционными глюкокортикостероидами или без них, а также применение муколитических и антиоксидантных средств.

Цель. Оценить клиническую эффективность применения эрдостеина и курса легочной реабилитации с целью профилактики обострений у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НС 4994.2018.7). В исследование было включено 108 человек с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (57 мужчин, 51 женщина; средний возраст – $50,48 \pm 0,88$ лет: от 40 до 60 лет).

Все пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. Группу 1 составили 37 больных, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ была проведена вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс легочной реабилитации. В группу 2 вошли 36 пациентов, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ была проведена вакцинация против гриппа и курс легочной реабилитации. Оставшиеся 35 пациентов, которые получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ, составили группу 3. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной однократно в осенне-зимний период в дозе 0,5 мл внутримышечно или глубоко подкожно в верхнюю треть наружной поверхности плеча. Эрдостеин назначали по схеме: 300 мг независимо от приема пищи 2 раза в день в течение 2-х месяцев 2 раза в год в осенне-весенний период. Легочная реабилитация включала обучение больных ХОБЛ с рекомендациями по питанию, отказ от курения, физические тренировки с акцентом на дыхательные упражнения.

Результаты. Через 12 месяцев наблюдения у больных ХОБЛ на фоне применения комплексной лечебно-профилактической программы (вакцинация против гриппа, курсовой прием эрдостеина и легочной реабилитации) отмечена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: достоверное снижение числа обострений и госпитализаций в 2,5 и 2,6 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 2,1 раза, достоверное снижение степени выраженности системного воспаления (ФНО-альфа) на 2,42 пг/мл, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 60,39 м. Достоверно более выраженная статистически значимая динамика клинико-инструментальных показателей, биомаркеров системного воспаления (ФНО-альфа), общего и специального качества жизни выявлена в группе больных, получавших курсовую терапию эрдостеином, вакцинацию и легочной реабилитации по сравнению с пациентами со стандартной терапией ХОБЛ, а также больными, которым на фоне стандартной терапии ХОБЛ применялась вакцинация и легочная реабилитация.

Выводы. Одним из оптимальных вариантов профилактики обострений заболевания у больных ХОБЛ может быть сочетание вакцинации против гриппа (гриппозная тривалентная полимер-субъединичная вакцина по схеме: 0,5 мл внутримышечно или глубоко подкожно в верхнюю треть наружной поверхности плеча (в дельтовидную мышцу) однократно в осенне-зимний период, приема эрдостеина по схеме: 300 мг независимо от приема пищи 2 раза в день в течение 2-х месяцев 2 раза в год в осенне-весенний период и курса ЛР, основанного на обучении пациентов, рекомендациях по питанию, отказу от курения и физических тренировках с акцентом на дыхательных упражнениях.

Легочная реабилитация в сочетании с вакцинацией у больных хронической обструктивной болезнью легких

Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Мальцева Ю.Н.

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

В глобальной стратегии лечения и профилактики ХОБЛ большое внимание уделено программам легочной реабилитации (ЛР), которые включают в

себя, в том числе вакцинацию против гриппа, физические тренировки, особенно мышц верхнего плечевого пояса и дыхательной мускулатуры, что доказано, приводит к уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания, улучшению качества жизни.

Цель. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, вакцинацию против гриппа, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировок дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ 4994.2018.7). В исследование было включено 72 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (37 мужчин, 35 женщин; средний возраст – 50,12±0,41 лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 37 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ были проведены вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс ЛР; 2-ая группа – 35 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной однократно в осенне-зимний период. Эрдостеин назначали по схеме: 300 мг независимо от приема пищи 2 раза в день в течение 2-х месяцев 2 раза в год.

Результаты. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания была проведена вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина, выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,5 и 2,6 раз соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья в 2,1 раза, достоверное снижение степени выраженности системного воспаления (ФНО-альфа) на 2,42 пг/мл, достоверное повышение толерантности к физической нагрузке (ТШХ) на 60,39 м.

Выводы. Вакцинацию против гриппа, прием эрдостеина и курс легочной реабилитации необходимо включать в схемы ведения пациентов с ХОБЛ с высоким и средним уровнем комплаенса для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

Особенности сочетанного течения хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа

Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Полякова Н.В., Мальцева Ю.Н.

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важнейших причин инвалидизации и смертности населения во всех странах, что приводит к экономическому и социальному ущербу, причем уровень его возрастает с каждым годом. Согласно данным, опубликованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), предполагается, что в 2020 г. она выйдет на 5-е место по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе и 3-е место среди всех причин смерти.

Огромная роль отводится сопутствующим заболеваниям, в том числе сахарному диабету (СД) 2 типа, влияющим на увеличение тяжести течения основного заболевания, характер прогрессирования и прогноз. В настоящее время сочетанию ХОБЛ и СД 2 типа отводится особое место, так как оба заболевания относятся ко второй половине жизни.

Цель. С использованием компьютерного регистра пациентов выявить основные факторы, влияющие на частоту и тяжесть обострений у больных ХОБЛ и СД 2 типа, оценить клинические, функциональные и морфологические особенности течения ХОБЛ.

Материалы и методы. Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ 4994.2018.7). В исследование было включено 102 человека с диагнозом ХОБЛ, группа D вне обострения – 50 женщины (49,2%) и 52 мужчин (50,8%), $48,32 \pm 0,24$ лет – средний возраст. Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. Первая группа – 36 пациентов с ХОБЛ без СД 2 типа (21 женщина и 15 мужчин, $48,16 \pm 0,58$ лет – средний возраст). Во вторую группу было включено 52 человека с диагнозом ХОБЛ и СД 2 типа (38 мужчин, 14 женщины; средний возраст – $48,37 \pm 0,31$ лет: от 40 до 60 лет). Стандартное медикаментозное лечение ХОБЛ включало индивидуально подобранную терапию препаратами первой линии: длительнодействующий антихолинэргический препарат и/или длительнодействующий В2-агонист + ингаляционный ГКС.

Для анализа использовалась компьютерная программа «Система управления лечебно-диагностическим процессом у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ». Осуществляли сбор, анализ и оценку в динамике показателей, характеризующих тяжесть течения ХОБЛ и СД 2 типа – «число обострений в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты. Через 12 месяцев наблюдения у пациентов с ХОБЛ и СД 2 типа на фоне приема иФДЭ-4 (рофлумиласта) и ЛПР выявлена достоверная положительная динамика качества жизни, коррелирующая с улучшением клинических и лабораторных показателей больных. У пациентов с ХОБЛ и СД 2 типа на фоне приема иФДЭ-4 (рофлумиласта) и ЛПР достоверно уменьшились частота обострений заболевания, вызовов бригад СМП, госпитализаций, отмечена достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ и их влияния на здоровье пациентов, снизился уровень HbA1c на 0,15% с тенденцией к статистически значимому, статистически значимо снизилась активность системного воспалительного ответа в виде снижения уровня показателей провоспалительного профиля – ИЛ-6 в 1,3; ИЛ-8 в 1,2; ФНО-альфа в 1,2 раза и повышения уровня показателей противовоспалительного профиля – ИЛ-4 в 1,5; ИЛ-10 в 2,0 раза

Выводы. У пациентов с ХОБЛ с СД 2 типа статистически достоверно тяжелее протекает основное заболевание с частыми обострениями, вызовами бригад СМП, госпитализациями, выраженными клиническими симптомами ХОБЛ, влияющих на физическую, повседневную активность и жизнедеятельность, физическое, эмоциональное самочувствие, здоровье пациентов, низкими показателями спирометрии, высокой активностью системного воспалительного ответа, измененным профилем адипоцитокинов, низкой переносимостью физических нагрузок, что обуславливает негативное восприятие болезни, психосоциальную дезадаптацию пациентов, низкое качество жизни.

Компьютерная программа «Система управления лечебно-диагностическим процессом у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ» позволяет проводить оценку клинической эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий больных ХОБЛ и СД 2 типа в системе первичной медико-санитарной помощи.

Влияние терапии ингибиторами фосфодиэстеразы-4 и физических тренировок на клиническую эффективность лечения ХОБЛ у больных с сахарным диабетом типа 2

Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Полякова Н.В., Мальцева Ю.Н.

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

Как одно из распространенных хронических заболеваний бронхолегочной системы хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой важную медико-социальную, актуальную проблему, характеризуется высокой рас-пространенностью, ростом тяжелых форм заболевания, увеличением случаев вы-хода на инвалидность и высокой смертностью. Сочетание ХОБЛ и сахарного диабета типа 2 занимает особое место, т.к. оба заболевания относятся ко второй половине жизни. Снижение частоты, длительности и тяжести обострений ХОБЛ достигается различными путями – прекращением курения, вакцинопрофилактикой, повышением уровня осведомленности больных о назначаемой медикаментозной терапии, улучшением техники выполнения ингаляций, адекватной медикаментозной терапией, индивидуальным подбором дозы бронхолитиков длительного действия в сочетании с ингаляционными глюкокортикостероидами или без них, патогенетической терапией ингибиторами фосфодиэстеразы 4-го типа.

Цель. Повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с ХОБЛ и СД 2 типа за счет включения в комплексную терапию ингибитора фосфодиэстеразы 4-го типа (иФДЭ-4) рофлумиласта и легочных программ реабилитации (ЛПР).

Материалы и методы. Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ 4994.2018.7). В исследовании рандомизировано 2 подгруппы. 1-ая подгруппа – 45 пациентов с диагнозом ХОБЛ и СД (21 женщина и 24 мужчины, $48,58 \pm 0,87$ лет – средний возраст), которые получали только стандартное медикаментозное лечение заболеваний, 2-ая подгруппа – 45 пациентов с диагнозом ХОБЛ и СД (22 женщины и 23 мужчины, $47,09 \pm 0,75$ лет – средний возраст), которым на фоне стандартного медикаментозного лечения заболеваний были назначены прием рофлумиласта и ЛПР. Стандартное медикаментозное лечение ХОБЛ включало индивидуально подобранную терапию препаратами первой линии: длительнодействующий антихолинэргический препарат и/или длительнодействующий бета2-агонист + ингаляционный ГКС. Стандартное медикаментозное лечение СД 2 ти-па включало при исходном уровне HbA1c 6,5-7,5% монотерапию препаратами первого ряда: бигуанидами или ингибиторами дипептидилпептидазы-4 (глиптинами) или агонистами рецепторов глюкагоноподобного пептида-1. Рофлумиласт назначали по схеме: 500 мкг вне зависимости от приема пищи 1 раз в день, запивая достаточным количеством воды, в течение 2-х месяцев 2 раза в год в осенне-весенний период. ЛПР включала групповое обучение пациентов с ХОБЛ и СД 2 типа с рекомендациями по отказу от курения, дозированной ФН, диетические рекомендации.

Результаты. Через 12 месяцев наблюдения у пациентов с ХОБЛ и СД 2 типа на фоне приема иФДЭ-4 (рофлумиласта) и ЛПР достоверно уменьшились частота обострений заболевания, вызовов бригад СМП, госпитализаций, отмечена достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ и их влияния на здоровье пациентов, снизился уровень HbA1c на 0,15% с тенденцией к статистически значимому, статистически значимо снизилась активность системного воспалительного ответа в виде снижения уровня показателей провоспалительного профиля

– ИЛ-6 в 1,3; ИЛ-8 в 1,2; ФНО-альфа в 1,2 раза и повышения уровня показателей противовоспалительного профиля – ИЛ-4 в 1,5; ИЛ-10 в 2,0 раза, статистически значимо изменился профиль адипоцитокинов в сторону снижения уровня лептина в 1,3 раза, повышения уровня адипонектина в 1,7 раза.

Выводы. Одним из вариантов профилактики обострений, снижения их частоты и длительности у пациентов с ХОБЛ и СД 2 типа может быть сочетание патогенетического лечения иФДЭ-4, назначаемого по схеме: 500 мкг вне зависимости от приема пищи 1 раз в сутки, запивая достаточным количеством жидкости, 2 раза в год в течение 2-х месяцев в осенне-весенний период и ЛПР, разработанная с учетом сопутствующей соматической патологии и включающая групповое обучение, отказ от курения, физические тренировки, диетические рекомендации.

Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой у больных с метаболическим синдромом

Будневский А.В., Трибунцева Л.В., Кожевникова С.А., Ермолова А.В.

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

Бронхиальная астма (БА) – одно из заболеваний, представляющих глобальную медико-социальную проблему для всех возрастных групп. Метаболический синдром (МС) – это комплекс нарушений гормонального, метаболического и клинического статуса, основой которого является инсулинорезистентность, компенсаторная гиперинсулинемия, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, атерогенная дислипидемия. На современном этапе актуальность приобретает вопрос сочетанного течения ряда заболеваний. Относится это в первую очередь к широко распространенным и социально значимым заболеваниям, таким как БА и МС.

Цель и задачи исследования. Повысить уровень контроля над БА у больных с МС за счет лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 60 человек с диагнозом БА среднетяжелого течения в сочетании с МС (45 женщин, 15 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет. Было рандомизировано 2 группы: 1-ая группа – 30 человек, которые на фоне медикаментозной терапией посещали «Пульмо-школу» и занятия лечебной гимнастикой, 2-ая группа – 30 человек, которым была назначена только медикаментозная терапия. В рамках «Пульмо-школы» в течение 1 недели проводились обучающие занятия по вопросам этиопатогенеза, клиники, лечения, профилактики БА, принципам самоконтроля, а также вопросам, касающимся МС. 30-дневный курс лечебной гимнастики включал специально разработанный с учетом БА и МС комплекс физических упражнений. Комплексное обследование пациентов (оценка тяжести течения БА (число обострений заболевания), оценка контроля над БА (тест по контролю над астмой (АСТ™), качественная оценка клинических симптомов БА (визуальная аналоговая шкала), исследование функции внешнего дыхания (ФВД) (оп общепринятой методике), оценка качества жизни (опросник SF-36)) проводилось на этапе включения в исследование и через 12 месяцев наблюдения. Математическая и статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Полученные результаты. На фоне обучения в «Пульмо-школе» и занятий лечебной гимнастикой у больных 1-ой группы через 12 месяцев достоверно улучшился контроль заболевания: полного контроля БА достигли 12 пациентов, частично контролируемое течение БА стало у 14 пациентов,

неконтролируемое течение сохранилось у 4 пациентов (исходно все больные БА с МС не контролировали свое заболевание). Во 2-ой группе частично контролируемым течение заболевания стало у 5 пациентов, неконтролируемое течение сохранилось у 25 пациентов, полного контроля БА никому достичь не удалось. Через 12 месяцев у больных 1-ой группы достоверно снизилось число обострений БА в 1,5 раза ($p < 0,05$), а также отмечено достоверное уменьшение выраженности клинических симптомов БА ($p < 0,05$) по сравнению со 2-ой группой. Анализ ФВД у больных 1-ой группы через 12 месяцев выявил достоверную положительную динамику – нормализация спирометрических показателей у 90,0% пациентов ($p < 0,05$), во 2-ой группе положительной динамики показателей спирометрии через 12 месяцев наблюдения получено не было ($p > 0,05$). Анализ результатов анкетирования больных 1-ой группы через 12 месяцев с использованием опросника SF-36 по сравнению с 2-ой группой выявил достоверную положительную динамику качества жизни, что подтвердило положительное влияние обучения в «Пульмо-школе» и занятий лечебной гимнастикой на физический и психосоциальный компоненты качества жизни больных.

Выводы. Обучение больных в «Пульмо-школе» и занятия лечебной гимнастикой, разработанные с учетом БА и МС, приводят к достоверным положительным изменениям клинико-инструментальных показателей у больных: снижению частоты обострений основного заболевания, уменьшению выраженности дневных и ночных симптомов БА, достижению должного уровня контроля над заболеванием, улучшению психосоциальной адаптации пациентов и, как следствие, улучшению качества жизни больных.

Влияние уровня медикаментозного комплаенса на контроль и клиническое течение бронхиальной астмой

Будневский А.В., Трибунцева Л.В., Кожевникова С.А., Скоков М.В.

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

Бронхиальная астма (БА) является национальной проблемой для многих государств, и ее медико-социальная значимость растет с каждым годом. Согласно оценке ВОЗ, примерно половина больных с хроническими заболеваниями не выполняют рекомендации врача, что приводит к тяжелым медицинским последствиям: нарушение режима терапии, переоценка врачом дисциплинированности больного в сочетании с неэффективностью лечения приводит к многократным пересмотрам терапии и назначению новых лекарств, если пациент недооценивает важность соблюдения медицинских рекомендаций, недостаточная эффективность терапии вызывает сомнения, что в итоге способствуют снижению эффективности лечения.

Цель и задачи исследования. Исследовать уровень медикаментозного комплаенса у пациентов с бронхиальной астмой (БА), проанализировать влияние уровня медикаментозного комплаенса на контроль над БА, клиническое течение заболевания, психологический статус пациентов. Материалы и методы исследования. Исследование включено 60 человек с диагнозом БА среднетяжелого течения (17 мужчин, 43 женщины) в возрасте от 18 до 60 лет. Комплексное обследование пациентов включало оценку уровня медикаментозного комплаенса (оригинальная шкала комплаенса больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, разработанная В.О. Лукашевым), оценку контроля над БА (тест по контролю над астмой (АСТ™)), оценку тяжести течения БА (частота обострений), исследование функции внешнего дыхания (ФВД) (по

общепринятой методике), оценку реактивной и личностной тревожности (Тр, Тл) (шкала Спилбергера-Ханина), оценку уровня депрессии (УД) (шкала депрессии Цунга, адаптированная Г.И. Балашовой). Проводился корреляционный анализ между уровнем контроля над БА, показателями клинического течения заболевания и психологического статуса и уровнем медикаментозного комплаенса. Математическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Полученные результаты. Исследование уровня медикаментозного комплаенса у больных БА показало, низкий уровень комплаенса имели 30 пациентов (50,0%), средний – 24 (40,0%), высокий – 6 (10,0%). У 48 (80,0%) больных БА выявлено отсутствие контроля над заболеванием, 7 (11,7%) пациентов частично контролировали БА, 5 (8,3%) пациентов контролировали БА полностью. Анализ взаимосвязи контроля над заболеванием и уровня комплаенса выявил: среди больных с контролем над БА доминировали лица с высоким уровнем комплаенса – 4 пациента (6,7%), лица с низким уровнем комплаенса отсутствовали, среди больных с отсутствием контроля над БА, доминировали лица с низким уровнем комплаенса – 28 пациентов (46,7%), лица с высоким уровнем комплаенса отсутствовали, среди больных с частичным контролем над БА в равной степени присутствовали лица с низким, средним и высоким уровнем комплаенса – 2; 3 и 2 пациента (3,3; 5,0 и 3,3%) соответственно. Среднее значение числа обострений БА у больных с низким уровнем комплаенса было достоверно выше в 1,4 и 2,0 раза по сравнению с больных БА со средним и высоким уровнем комплаенса соответственно. Исследование ФВД показало, чем ниже уровень комплаенса, тем выраженнее степень бронхиальной обструкции. Анализ взаимосвязи уровня комплаенса и показателей психологического статуса выявил: больные БА с низким уровнем комплаенса по сравнению с больными БА со средним и высоким уровнем комплаенса имели достоверно более высокий уровень Тр (21; 18 и 1 пациент (70,0; 75,5 и 16,7%) соответственно), более высокий уровень Тл (19; 16 и 2 пациента (63,3; 66,6 и 33,3%) соответственно) и более высокий УД (легкая депрессия была выявлена у 10; 1 и 1 пациента (33,3; 4,2 и 16,7%) соответственно, маскированная депрессия – у 8 пациентов (26,7%) с низким уровнем комплаенса, у 2 пациентов (8,3%) со средним уровнем комплаенса, у пациентов с высокой комплаентностью маскированная депрессия выявлена не была, отсутствовала депрессия у 12; 21 и 5 пациентов (40,0; 87,5 и 83,3%) соответственно). Результаты проведенного корреляционного анализа показали, чем ниже приверженность больного БА соблюдать врачебные рекомендации, режим терапии, тем чаще обострения, требующие оказания медицинской помощи в условиях стационара, отсутствует контроль над БА, ниже показатели ФВД, выше уровни Тр, Тл, УД.

Выводы. Больные БА с низкой комплаентностью характеризуются достоверно более тяжелым течением заболевания с частыми обострениями, приводящими в большинстве случаев к госпитализациям, отсутствием контроля над заболеванием, выраженными тревожно-депрессивными нарушениями.

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника в условиях поликлиники

Бурдина Е.Г., Балашов А.В., Голубев Н.Н., Чугунникова Л.И., Егорова Н.В.

Поликлиника №3, Москва

Цель исследования: диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: проведен анализ результатов обследования и лечения 92 больных с подтвержденным диагнозом ВЗК: мужчин – 49% (n=45), женщин – 51% (n=47), средний возраст 47,3±10,6 лет. Проводился анализ клинико-anamnestических, физикальных, лабораторных, инструментальных и морфологических данных, эффективности проводимого лечения.

Результаты. Частота воспалительных заболеваний кишечника составила 0,09% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. В структуре воспалительных заболеваний кишечника преобладали больные с язвенным колитом 77% (n=71): мужчин – 59% (n=42), женщин – 41% (n=29). Частота болезни Крона составила 23% (n=21): мужчин – 43% (n=9), женщин – 57% (n=12). Структура язвенного колита по распространенности: проктосигмоидит 19,7% (n=14), левосторонний колит 39,4% (n=28); тотальный 40,9% (n=29); по тяжести течения: легкая 29,6% (n=21), средняя 67,6% (n=48), тяжелая 2,8% (n=2); по характеру течения: рецидивирующее 85,9% (n=61), непрерывно рецидивирующее 14,1% (n=10). Для оценки локализации воспалительного процесса при язвенном колите использовалась Международная классификация язвенного колита (Монреальский Всемирный конгресс гастроэнтерологов, 2005). Для определения тяжести (выраженности активности) язвенного колита использовалась модифицированная классификация Truelove и Witts. Структура болезни Крона по возрасту манифестации: до 40 лет 42,9% (n=9), старше 40 лет 57,1% (n=12); по локализации процесса: илеит 66,7% (n=14), илеоколит 28,6% (n=6), колит 4,8% (n=1); по характеру течения: нестенозирующее, непенетрирующее у 76,2% (n=16), стенозирующее у 23,8% (n=5). Больные с Болезнью Крона (БК) распределялись согласно Монреальской классификации болезни Крона (2005 г.) Частота внекишечных проявлений: панкреатит 9,5%, артралгии 14,3%, первичный склерозирующий холангит 4,8%, целиакия 4,8%, гепатит 4,8%. Эффективность лечения: 5-АСК в 90,5%, кортикостероиды – 28,6%, биологическая терапия -4,8%, ингибиторы ФНО-α – 9,5%. Монотерапия – 52,4%, комбинированная терапия – 47,6%, оперативное лечение – 9,5%. Выводы. 1. Частота ВЗК кишечника составила 0,09% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. 2. В структуре ВЗК преобладали больные с язвенным колитом – 77%, частота болезни Крона составила 23%. 3. Осложненное течение установлено у 10,9% больных, внекишечные проявления – у 38,2%. 4. Эффективность проводимой терапии: 5-АСК – 90,5%, глюкокортикостероиды – 28,6%, иммуносупрессоры – 6,5%, ингибиторы ФНО-α – 9,5%.

Желудочно-кишечные кровотечения в амбулаторной практике

Бурдина Е.Г., Балашов А.В., Егорова Н.В., Голубев Н.Н., Аронова О.В.

Поликлиника №3, Москва

Цель: анализ причин желудочно-кишечных кровотечений, по данным поликлиники за 2012-2017 годы. Материалы и методы. Проанализированы материалы 120 больных (мужчин - 63, женщин - 57, в соотношении 1,1:1,1, средний возраст 72±5,1 лет), госпитализированных с признаками желудочно-кишечного кровотечения, что составило 0,4% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. Помимо анализа клинико-anamnestических данных, всем больным проводилось пальцевое исследование прямой кишки, эндоскопическое исследование желудка с морфологическим изучением гастробиоптатов и диагностикой инфекции *H. pylori*, колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови и свертывающей системы, биохимическое исследование крови, серологическая диагностика *H. pylori* (Ig G), кал на скрытую кровь; по показаниям - КТ, МРТ органов брюшной

полости. Результаты. Основным источником кровотечений являлись эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки кишечника - в 38,3% (n=46) у больных с дивертикулезом (n=6), язвенным колитом (n=8), болезнью Крона (n=1), лучевым проктитом (n=3), опухолью толстой (n=7) и тонкой (n=2) кишки, после перенесенной полипэктомии (n=2), с геморроем (n=6). В 11 случаях развитие кровотечения из кишечника было ассоциировано с приемом НПВС, либо антикоагулянтов. Желудочное кровотечение было установлено у 36,7% больных (n=44), в том числе ассоциированное с приемом лекарственных препаратов (ацетилсалициловая кислота, НПВС, непрямые антикоагулянты, глюкокортикоиды) (n=31), персистенцией инфекции *H. pylori* (n=3), у больных раком желудка (n=8), после полипэктомии (n=2). Кровотечения из 12-перстной кишки были диагностированы у 14,2% (n=17) больных язвой двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с инфекцией *H. pylori* (n=5) и приемом НПВС, либо антикоагулянтов (n=11), раком поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку (n=1). Кровотечения из пищевода были диагностированы в 13 случаях (10,8%): у больных с эрозивно-язвенными дефектами слизистой (n=4), раком пищевода (n=2), варикозно расширенными венами пищевода (n=3), из надрывов слизистой оболочки пищевода (синдром Меллори-Вейса) (n=4). Из них, в 6 случаях кровотечение было ассоциировано с приемом НПВС, либо антикоагулянтов. Выводы. 1. Частота желудочно-кишечных кровотечений в среднем за 5 лет составила 0,4% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. 2. В 49,2% случаев (n=59) кровотечение было ассоциировано с приемом НПВС и антикоагулянтов. 3. Профилактическое назначение антисекреторной терапии способно существенно снизить риск развития кровотечения у больных, вынужденных получать, нередко в сочетании, нестероидные противовоспалительные препараты, антиагрегантную и антикоагулянтную терапию.

Безопасность, эффективность и иммуногенность трехвалентной инактивированной сплит-вакцины против гриппа у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Лукина Г.В., Черкасова М.В., Диатроптов М.Е.

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

Цель работы - изучить безопасность, эффективность и иммуногенность трехвалентной сплит-вакциной против гриппа у пациентов с ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС), системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. В исследование включены 93 пациентов с РЗ: ревматоидным артритом (РА) - 52 пациента, анкилозирующим спондилитом (АС) - 34 пациента, 7 пациентов с ССД, а также 40 лиц без ревматических заболеваний (контрольная группа). На момент включения в исследование все пациенты наблюдались получали лекарственную терапию РЗ. Из них 39 пациентов с РА в качестве базисного препарата получали метотрексат, 12 - ингибиторы фактора некроза опухоли- α (ФНО α) и метотрексат, 8 - лефлуномид, 2 - абатацепт, 2 - сульфасалазин, 1 - тофацитиниб и метотрексат. 19 пациентов с АС получали нестероидные противовоспалительные препараты, 15 - ингибиторы ФНО α . Длительность течения РЗ составляла от 2 месяцев до 46 лет. Трехвалентную инактивированную сплит-вакцину, включавшую актуальные штаммы вируса гриппа на сезоны 2016-2017 или 2017-2018 в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили подкожно на фоне продолжающейся терапии ревматического заболевания. Основными этапами контроля являлись визиты через 1, 3

и 6 мес. после вакцинации. Во время визитов выполняли стандартные клинические и лабораторные исследования, клинический осмотр больного с определением активности заболевания. Иммуногенность вакцины оценивалась на каждом этапе контроля.

Результаты. В группе пациентов с РЗ у 81% человек отсутствовали поствакцинальные реакции. В 14% случаев отмечены боль, припухлость и гиперемия кожи диаметром до 2 см в месте введения вакцины, в 5% случаев - субфебрилитет, миалгия, недомогание, головная боль. Количество поствакцинальных реакций значимо не отличалось от группы контроля. Случаев обострения РЗ или возникновения каких-либо новых аутоиммунных расстройств в течение периода наблюдения не отмечали. До вакцинации средние показатели DAS28 и BASDAI составляли 3,56 и 3,85, через 6 мес. - 1,99 и 3,09, соответственно. За весь период наблюдения случаев гриппа или гриппоподобного заболевания не зарегистрировано. Доля ответчиков на вакцину составляла 70% в группе пациентов с РЗ, и 75% в основной группе. Обращает на себя внимание, что, достоверных различий в уровне поствакцинального ответа ни через месяц (p=0,6), ни через 3 или 6 месяцев наблюдения не обнаружено. Уровень гуморального иммунного ответа достоверно не отличался в группе пациентов с РЗ и в контроле. Среди пациентов с АС достоверно больше ответчиков на вакцину было среди пациентов с меньшей длительностью заболевания и с низкой активностью по индексу BASDAI (p<0,05). Значимого влияния проводимой терапии РЗ на уровень поствакцинального ответа не получено, также не было отличий в уровне поствакцинального ответа между пациентами с РА и АС.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о хорошей переносимости, клинической эффективности инактивированной трехвалентной сплит-вакцины против гриппа у пациентов с РА и АС.

Миксома, как одно из возможных, причинно сопряженных с первично-хроническим септическим эндокардитом, проявлений

Бушманова Г.М.

*Институт молекулярной патологии и патоморфологии
Федерального исследовательского центра фундаментальной
и трансляционной медицины, Новосибирск*

Опухоли сердца встречаются в клинической практике нечасто: 0,002-1,5% от всех вскрытий. Относящаяся к числу первичных доброкачественных новообразований миксома является наиболее частой патологией, составляя во взрослой популяции 75-80%. Наиболее частой её локализацией служит левое предсердие (ЛП) (74%). Большинство случаев миксомы являются спорадическими. Существуют также семейно-наследственные формы болезни. Иногда она протекает бессимптомно. Большинство пациентов имеют несколько проявлений классической триады в виде общих, эмболических и обструктивных симптомов. Болезнь, как полагают некоторые исследователи, может имитировать септический эндокардит. Цель исследования - на примере истории болезни одной пациентки привлечь внимание к патологии, являющейся, по нашим данным, одним из редких проявлений эпидемически протекающей, грозной болезни - первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ).

Материал и методы исследования. Проведено общеклиническое обследование одной больной, поступившей в Отделение септических эндокардитов для хирургического лечения по поводу миксомы левого предсердия. Проводилось выявление патогномоничных для первично-хронического сепсиса и эндокардита экстракардиальных симптомов, составляющих диагностическую пентаду признаков по Г.М. Бушмановой, ЭхоКГ (Т/Т, ЧП ЭхоКГ). Оперативное лечение с удалением миксомы

ЛП, верификация дооперационного диагноза (отпечатки с миксомы, бактериологические посевы крови). Результаты обследования через 21 год после операции.

Результаты и обсуждение. Больная К.Л., 22 лет, врач, иногородняя. После гриппа в течение двух недель субфебрилитет с лёгкими ознобами. Временами – нехватка воздуха. Обследована по месту жительства. При ЭхоКГ выявлена миксома ЛП. Направлена в клинику для хирургического лечения. Из особенностей при обследовании в отделение над верхушкой сердца определяется умеренный систолический шум. СОЭ – 48 мм. В остальном лабораторные анализы без особенностей. На конъюнктиве нижнего века ОД выявлены 2 мелких некротических высыпания. На твёрдом нёбе ближе к мягкому – мелковезикулёзная сыпь, «погружённая» в слизистую. Единичная подногтевая геморрагия на среднем пальце слева. (+), симптом «щипка». ЭхоКГ подтвердила диагноз миксомы ЛП, обнаружив интактность клапанов. Диагностирована доклапанная стадия П-ХСЭ. Выполнена операция удаления миксомы, имевшей желеобразную консистенцию. Ножка опухоли фиксировалась к папиллярной мышце. При микроскопии отпечатков с миксомы обнаружено присутствие в большом количестве полиморфных Гр (+) кокков. Из крови культивирован *Staphylococcus aureus*. чувствительный к антибиотикам. Результаты интраоперационной верификации диагноза подтвердили дооперационный диагноз. Течение послеоперационного периода – без осложнений. В динамике через 21 год – данных за рецидив миксомы нет. Клинические проявления активного эндокардита с присутствием маркеров болезни, ознобов на фоне нормотермии. Активность процесса I-II степени. Трёхклапанный вальвулит (МК, АК, ТК) с начинающейся гемодинамически незначимой дисфункцией, аортит без дилатации, «хордит», «папиллит» МК, ТК, заинтересованность МЖП. При ЧП ЭхоКГ: на створках МК и АК – вегетации свежие и в стадии организации. Гемокультура отрицательная. Таким образом, у больной с миксомой ЛП нами впервые диагностирована экстравальвулярная форма П-ХСЭ на основании выявления 3-х клинических маркеров болезни и интактности клапанов. Диагноз подтверждён интраоперационно. При обследовании через 21 год рецидива опухоли не установлено. Констатировано наличие 3-клапанного поражения без гемодинамической значимости их дисфункции, а также увеличение ареала экстравальвулярного поражения эндокарда. Заключение. Особенности анамнеза позволяют говорить о возможной связи остро возникшей опухоли с вирусным патогеном. Присутствие у больной П-ХСЭ, изначальная связь которого с представителями царства VIRA находит объяснение в особенностях клинико-параклинических и морфологических проявлений, не позволяет исключить причинную связь миксомы с П-ХСЭ. В пользу этого предположения также служит выявление нами присутствия П-ХСЭ у всех лежавших ранее в отделении больных с миксомой.

Первично-хронический септический париетальный эндокардит, в рамках долгосрочного проспективного наблюдения больной, спустя 35 лет (1983-2018)

Бушманова Г.М., Зорина И.Г., Останькович О.И.

*Институт молекулярной патологии и патоморфологии
Федерального исследовательского центра фундаментальной
и трансляционной медицины, Сибирский федеральный биомедицинский
исследовательский центр им. акад. Е.Н. Мешалкина,
Новосибирск*

Патогенетическая направленность диагностики первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ), достигаемая с помощью выявления

патогномоничных для болезни симптомов, составляющих пентаду клинических маркеров болезни, по Г.М. Бушмановой, позволили обеспечить раннее клиническое распознавание её, включая стадию изолированного париетального эндокардита.

Цель исследования – проследить на протяжении 35 лет со дня постановки диагноза (1983-2018) динамику развития П-ХСЭ со стадии изолированного париетального эндокардита на примере больной, периодически получающей лечение.

Материал и методы исследования. Больная Б.Н., 24 лет, лаборант, наблюдаемая нами амбулаторно с 1983 года до настоящего времени. В анамнезе корь, скарлатина, ветрянка, паротит, краснуха, частые гнойные ангины. С 4 до 14 лет состояла на «Д» учёте по поводу ревмокардита. В 13 лет – тонзилэктомия. В юности лечилась по поводу холецистита. Проводилось общепринятое клиническое обследование, выявление клинических маркеров болезни, ЭхоКГ, посевы крови на стерильность. Обсуждение полученных результатов. Диагноз установлен на основании жалоб на субфебрилитет, выявленных патогномоничных симптомов патологии: некроза на конъюнктиве нижнего века слева, единичных элементов мелкоочаговой атрофии кожи предплечий и отсутствия данных за заинтересованность клапанов. Течение болезни сопровождалось периодическими обострениями с субфебрильной температурой в дебюте, сменившейся фебрильной лихорадкой с ознобами и обильными потами, панкардитом. В 1988 году - роды, осложнившиеся слабостью родовой деятельности. Через месяц выполнено *abrasion cavi uteri* для удаления остатков плаценты. На первых этапах болезни (+) гемокультура была получена 8 раз: *Staphylococcus aureus* – в 6-ти, *Staphylococcus epidermidis* – в 2-х посевах. Вальвулит МК и АК выявлены через 17 лет, а вальвулит ТК – через 22 года после постановки диагноза. Вегетации на клапанах обнаружены при ЭхоКГ в 1998, 2003, 2008, 2013 годах. Клинически неоднократно появлялись спонтанные подногтевые геморрагии, напоминающие занозы, свежие некрозы на конъюнктивах. В 1985 году выявлено присутствие мелкоочаговой энантемы твёрдого нёба. В 1999 году больная признана инвалидом II группы. Постепенное сокращение площадей клапанных отверстий привело к формированию умеренных стенозов МК и ТК и незначительному сокращению площади отверстия аортального клапана, о чём свидетельствует следующая динамика ЭхоКГ: SMO с 3,12 см² до 2,79 см²; SAO с 2,89 см² до 2,58 см²; STO с 4,56 до 4,0 см²; ЛП : 2,17 до 4,59*5,2; ПП : 3,0 до 4.2*4,95 с 1998 по 2018. Р ЛА – 32-33 мм рт. ст. без динамики. Параллельно шло формирование коморбидной патологии: АГ, АИТ, сахарного диабета 2 типа.

Заключение. Результаты исследования ещё раз подтверждают абсолютную диагностическую значимость для П-ХСЭ конъюнктивальных некрозов и отражают свойственный патологии тренд медленного прогрессирования с формированием клапанных пороков сердца, темп которого способна сдерживать этиопатогенетическая терапия.

Качество жизни у мужчин с артериальной гипертензией снижается при наличии признаков хронических заболеваний вен

Вагапов Т.Ф., Баяв В.М.

*Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь*

Актуальность. Развитие при артериальной гипертензии (АГ) коморбидной патологии, в том числе хронических сосудистых заболеваниях, заметно снижает качество жизни и работоспособность пациентов, что приводит к проблемам эффективности гипотензивной терапии и дополнительным

финансовым потерям, неблагоприятному прогнозу жизни. Особый интерес представляет изучение этой проблемы у мужчин трудоспособного возраста, поскольку именно мужчины в этот период своей жизни подвержены в большей степени профессиональным и физическим нагрузкам.

Материал и методы. Объект исследования – мужчины с АГ, имеющие объективные признаки хронических заболеваний вен (ХЗВ). Предмет исследования – качество жизни. Объем исследования – 42 человека с АГ и ХЗВ (тестовая группа) и 18 мужчин с АГ без ХЗВ. Критерии исключения для пациентов обеих групп: употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные ОРВИ в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; хронические заболевания почек; синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенный остеогенез, анемии; гепатиты, цирроз печени, панкреатиты, язва желудка и ДПК; острые и хронические заболевания почек; профессиональные спортсмены; переломы костей ног в анамнезе; операции на костях, сосудах, мышцах ног; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания ЦНС и спинного мозга. Критерии включения и исключения из исследования подтверждены результатами медицинского обследования в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». Критерием АГ считали уровень САД 140 мм рт.ст. выше и/или ДАД 90 мм рт.ст. и выше, критерием нормального артериального давления считали уровень САД 120-129 мм рт.ст. и/или ДАД 80-84 мм рт.ст. Тестовая группа пациентов была сформирована по результатам врачебного осмотра с учетом диагностических критериев СЕАР (2006 г) и ассоциации флебологов России (2013). ХЗВ были подтверждены при осмотре и пальпации у 42 пациентов (С1 – телеангиэктазии (венозные паучки) или ретикулярные вены; С2 – варикозно-измененные подкожные вены; С3 – варикоз вен и отек голени или голеностопного сустава). Качество жизни оценивали с помощью анкеты CIVIQ-2, увеличение числа баллов трактовали как снижение качества. Место исследования – госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». Все добровольцы дали письменное согласие на обследование (решение этического комитета ПГМУ, протокол №6 от 28 июня 2017 г.).

Результаты. Итоговая оценка качества жизни в тестовой группе была значительно ниже – 33(26-44) баллов, чем в группе контроля – 24(22-27) балла, при $p=0,001$. У пациентов с АГ и ХЗВ снижение качества жизни зафиксировано на основании худших, чем в группе контроля, отзывов: в последние 4 недели испытывали боль в области лодыжек и голеней, нарушался сон из-за проблем с ногами в течение последних 4 недель. Пациенты тестовой группы показали худший результат, чем контрольная группа, при субъективной оценке выполняемых ими действий: им труднее подниматься по лестнице, низко нагибаться, становиться на колени, ехать в транспорте, автомобиле, выполнять работу по дому (стоять на кухне, гладить, убирать квартиру, делать ручную работу), посещать театр, ходить в кино, в гости, заниматься спортом, выдерживать значительные физические нагрузки. Нами выявлено, что в тестовой группе мужчины достоверно хуже оценивают свои психологические и эмоциональные возможности, отмечая, что проблемы с ногами влияют на их душевное равновесие: они быстрее устают, они всегда должны предпринимать меры предосторожности (распрямлять и вытягивать ноги, избегать долго стоять). Результаты нашего исследования показывают, коморбидность АГ и ХЗВ увеличивает страдания пациентов, особенно мужчин трудоспособного возраста, как наиболее социального активной части населения. Данная коморбидность не только снижает качество жизни, но и увеличивает эмоциональный дискомфорт, обусловленный болезненными ощущениями. Боль в ногах при ХЗВ у пациентов с АГ может выступать в качестве длительного стресса и способствовать неконтролируемой артериальной и венозной гипертензии, не эффективной

гипотензивной терапии, увеличению риска развития сосудистых осложнений.

Выводы. ХЗВ достоверно снижают качество жизни у мужчин с АГ. Ведущей причиной снижения является боль в ногах, как при повседневной, так и при повышенной физической активности.

Содержание тромбосана В2 в сыворотке крови больных пневмонией, ассоциированной с ожирением

Вагина Ю.И., Победенная Г.П., Скиба Т.А.

Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганская городская клиническая многопрофильная больница № 1, Луганск

Высоким риском смерти больного является внегоспитальная пневмония (ВП), особенно при сочетании с ожирением. На современном этапе жировую ткань рассматривают как источник продукции медиаторов воспаления, что делает ожирение одним из факторов риска тяжести пневмонии. В последнее время у пациентов с пневмонией значительное внимание в патогенезе уделяют роли провоспалительных эйкозаноидов и их коррекции.

Целью работы было определить содержание тромбосана В2 (ТхВ2) в сыворотке крови больных внегоспитальной пневмонией, сочетанной с ожирением.

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 71 больной, средний возраст которых достигал $(38,3 \pm 3,6)$ лет, лечившихся с ВП в условиях терапевтического стационара. Среди исследованных мужчин было 32 (45%), женщин – 39 (55%). У 34 больных была диагностирована ВП, сочетанная с Ож (основная группа), у 37 пациентов была ВП без ожирения (группа сравнения). В сыворотке крови всех больных определяли содержание ТхВ2 иммуноферментным методом. Для определения референтной нормы были обследованы 25 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты. В клинической картине ВП у всех лечившихся пациентов (100%) отмечались синдромы интоксикационный с повышением температуры до $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$ и головной болью, респираторный, проявлявшийся кашлем с гнойной или слизисто-гнойной мокротой, астено-невротический – у 25 пациентов (74%) основной группы и у 21 (57%) – из группы сравнения. У пациентов основной группы содержание лейкоцитов в периферической крови было, в среднем, в 1,2 раза больше, чем у пациентов из группы сравнения. У больных основной группы содержание ТхВ2 в сыворотке крови было в 18,4 раза выше ($p<0,001$) нормы и в 3,8 раза достоверно выше аналогичного в группе сравнения. Величина ТхВ2 в сыворотке крови у пациентов основной группы позитивно коррелировала с уровнем лейкоцитов в периферической крови, уровнем лейкотриена В4 сыворотки крови и негативно – с показателем сатурации кислорода у больных. У пациентов группы сравнения указанные корреляционные связи с количеством лейкоцитов и значениями лейкотриена В4 были слабее, а корреляция с величиной сатурации кислорода отсутствовала. Нормализация температуры тела у пациентов группы сравнения происходила на 3-4 сутки пребывания в стационаре, у больных основной группы – на 5-6 сутки. Таким образом, у пациентов с ВП, ассоциированной с ожирением, содержание ТхВ2 в сыворотке крови было значительно выше, чем у пациентов без ожирения, что на наш взгляд, способствовало усилению активности системного воспаления у пациентов, приводило к более торпидному клиническому течению основного заболевания и нуждалось в коррекции.

Взаимосвязь нарушений аффективной сферы, инсомнии и усталости при ревматических заболеваниях у женщин

Васильева А.О., Шестерня П.А.

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск*

Актуальность. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств непрерывно увеличивается, превалируя у женщин. Частота данных состояний при ревматических заболеваниях превышает популяционный уровень в десятки раз. Изучение патофизиологической взаимосвязи аффективных расстройств остается актуальной проблемой, лимитированной множеством воздействующих факторов.

Цель. Изучить взаимосвязь расстройств тревожно-депрессивного спектра, инсомнии и усталости у женщин с суставной патологией.

Задачи. Оценить частоту, степень выраженности и взаимосвязь аффективных расстройств, нарушений сна, хронической усталости.

Материал и методы. В исследование включено 88 женщин старше 18 лет с ревматоидным (n=58), псориатическим (n=8), недифференцированным (n=15) артритом и анкилозирующим спондилартритом (n=7), госпитализированные в круглосуточный стационар. Наличие соматической патологии, способной оказывать влияние на вышеперечисленные состояния, исключалось. При обследовании были использованы госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкалы Гамильтона (HAM-A и HAM-D), индекс выраженности бессонницы (ISI), опросник для оценки усталости при хронических заболеваниях (FACIT-F).

Результаты. В рассматриваемой группе пациентов частота выраженного уровня тревожных расстройств составила 20,5% (HADS 11+) и 16,7% (HAM-A 25+), депрессивных расстройств – 15,4% (HADS 11+) и 7,7% (HAM-D 19+). При этом женщины, имевшие клинический уровень тревоги по опроснику HADS (11+), в 100% случаев имели нарушения сна (ISI 8+), $r=0,3$ $p=0,002$, а у 81,3% из них выявлялась выраженная усталость по FACIT, $r=0,4$ $p<0,001$. В отношении депрессивных расстройств значимой взаимосвязи с инсомнией и усталостью выявлено не было. Используемые методики продемонстрировали высокий уровень корреляции в выявлении тревожных ($r=0,8$ $p<0,001$) и умеренный уровень в отношении депрессивных расстройств ($r=0,3$ $p=0,005$). При этом выраженные нарушения по HADS выявлялись чаще, чем по шкалам Гамильтона, что может объясняться преобладанием психического компонента аффективных расстройств, нежели соматического у рассматриваемой когорты пациентов.

Выводы. Ревматические заболевания у женщин сопряжены с высокой частотой тревожно-депрессивных расстройств с преобладанием психического компонента. Клинический уровень тревоги взаимосвязан с нарушениями сна и выраженной усталостью.

Особенности показателей эхокардиографии у лиц молодого возраста с разным уровнем артериального давления

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В.

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк*

Цель исследования – изучить особенности показателей ЭхоКГ у лиц молодого возраста с разным уровнем офисного АД.

Материалы и методы. В исследование был включен 981 студент медицинского вуза в возрасте 20-29 лет (536 мужчин, 445 женщин). ЭхоКГ выполнялось трансторакально в М-модальном, двухмерном и доплеровском режимах. Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием Statistica 6.0.

Результаты. Оптимальное АД при офисном измерении регистрировалось у 220 обследованных (22,42%) – 1-ая группа, нормальное – у 488 (49,75%) – 2-ая группа, высокое нормальное – у 134 (13,66%) – 3-я группа, гипертонзия – у 139 (14,17%) – 4-ая группа. Среди лиц с высоким нормальным ИММЛЖ ($117\pm 16,3$ г/м²) также был значительно выше, чем в 1-ой ($90,7\pm 16,3$ г/м²) и 2-ой группах ($89,1\pm 11,5$ г/м²) ($p>0,05$), хотя и не достигал значений 4-ой группы ($121\pm 20,9$ г/м²) ($p<0,001$). У обследованных 4-ой группы ОТСЛЖ ($0,44\pm 0,12$) достоверно превышал показатели 1,2 и 3 групп ($0,38\pm 0,06$, $0,39\pm 0,09$ и $0,40\pm 0,06$) соответственно ($p<0,001$). При анализе параметров трансмитрального кровотока было обнаружено, что соотношение E/A достоверно ниже у лиц с АГ по сравнению с оптимальным ($1,71\pm 0,26$), нормальным ($1,73\pm 0,32$) и высоким нормальным АД ($1,57\pm 0,18$, $p<0,05$). Гипертоническое ремоделирование ЛЖ было выявлено у 199 обследованных (20,3%): в 1 группе – 8 (4,0%), во 2 – 12 (6,0%), в 3 – 67 (33,7%), в 4 – 112 (56,3%). Чаще всего наблюдалось концентрическое ремоделирование – оно было выявлено у 174 обследованных (17,7%): в 1 группе – 7 (4,0%), во 2 – 9 (5,2%), в 3 – 60 (34,5%), в 4 – 98 (56,31%). Значительно реже имела место концентрическая гипертрофия – у 25 обследованных (2,6%): в 1 группе – 1 (4,0%), во 2 – 3 (12,0%), в 3 – 7 (28,0%), в 4 – 14 (56,0%). Лиц с эксцентрической гипертрофией среди обследованных не было. При этом интересно, что гипертоническое ремоделирование имело место не только у пациентов с артериальной гипертонзией, но и у обследованных с нормальным АД, причем в 3 группе достоверно чаще, чем в 1 и 2 ($p<0,05$).

Выводы. 1. Лица с высоким нормальным АД имеют достоверно более высокие показатели ИММЛЖ по сравнению с обследованными, у которых АД не превышает 130/85 мм рт. ст., ($p>0,001$), а лица с АГ помимо более высокого ИММЛЖ, имеют значительно большей ОТСЛЖ. 2. Гипертоническое ремоделирование наблюдается у 80,6% лиц с АГ, 50% лиц с высоким нормальным АД, однако и среди обследованных с оптимальным и нормальным АД выявляется небольшое количество лиц с концентрическим ремоделированием (3,2 и 1,8%) и даже с концентрической гипертрофией (0,4 и 0,7% соответственно). 3. Диастолическая дисфункция выявляется у 89,2% пациентов с АГ и у 47,0% лиц с высоким нормальным АД.

Подходы к назначению опиоидной терапии пациентам неонкологического профиля – как не повторить чужих ошибок

Введенская Е.С., Палехов А.В.

*Городская клиническая больница № 30, Ставропольский
государственный медицинский университет, Нижний Новгород,
Ставрополь*

С настоящее время в России большое внимание на всех уровнях уделяется обеспечению пациентов, страдающих хронической болью (ХБ), адекватным обезболиванию. Если в области лечения ХБ с использованием опиоидных анальгетиков (ОА) у онкологических пациентов специалистами накоплен определенный опыт, то отечественный опыт назначения ОА пациентам неонкологического профиля (ПНП) практически отсутствует. Минздрав РФ в последних нормативных документах акцентирует

внимание на том, что ОА должны назначаться при наличии показаний и ПНП. Очень важно не совершать ошибок в самом начале пути. Сегодня США переживают эпидемию передозировок ОА, полученных по рецепту врача, приводящих к летальным исходам. Разработка принципов назначения и выбора ОА для терапии ПНП, с благоприятным прогнозом в отношении жизни, является сегодня в нашей стране крайне актуальной задачей. Основным показанием к назначению ОА ПНП является интенсивная хроническая боль, которая значительно снижает функциональные возможности и качество жизни пациента. Такое показание будет сигналом к действию только при наличии следующих условий: недостаточной эффективности анальгезии применяемыми в адекватном режиме неопиоидными анальгетиками при проведении в полном объеме патогенетически обоснованной терапии основного заболевания, или в период подготовки к вмешательству, которое может изменить течение основного заболевания; наличии противопоказаний к применению или непереносимости неопиоидных анальгетиков; недостаточной эффективности или невозможности применения малоинвазивных и других альтернативных методов обезболивания. Сегодня в практике российского врача выбор оптимального ОА зависит от: лекарственной формы препарата; планируемого способа применения, характеристики лекарственного средства; дозировок; планируемой продолжительности применения. Преимущество должно отдаваться неинвазивным лекарственным формам ОА пролонгированного действия. При применении пролонгированных лекарственных форм ОА не создается «пиков» концентрации препарата в крови, и, следовательно, медленнее формируется опиоидная толерантность, приводящая к необходимости повышения анальгетических доз и росту нежелательных побочных эффектов. В то же время создание «пиков» концентрации происходит при применении любой (в том числе и неинвазивной) короткодействующей лекарственной формы, а ОА с быстрым началом действия обладают большим наркотическим потенциалом. Основные принципы, определяющие выбор ОА, следует считать: выбор пролонгированных и неинвазивных лекарственных форм; средств с минимальным наркотическим потенциалом; использование низких доз ОА; кратковременных курсов применения ОА; использование ОА в составе мультимодальной терапии боли. Определяя оптимальные препараты для терапии хронической боли у ПНП, следует очень внимательно относиться к выбору дозы. Риск развития побочных эффектов ОА значительно увеличивается при повышении дозы. Существует значительный риск развития токсических осложнений и передозировки ОА даже при относительно низкой ежедневной дозе, особенно у пациентов, которые имеют неблагоприятные социальные и демографические факторы, сопутствующие заболевания и зависимость от депрессантов ЦНС или других веществ. Пациент должен быть информирован обо всех рисках и возможных побочных эффектах применения ОА, в том числе и о возможности развития опиоидной зависимости, а также готов принимать препараты, строго соблюдая назначения врача; совместно с врачом проводить тщательный мониторинг различных параметров своего состояния на фоне приема ОА. Чтобы понять, следует ли ПНП назначить ОА, необходима тщательная оценка всех возможных рисков, в том числе, возможности злоупотребления ОА, оценка баланса «пользы» и «вреда». В каждом случае нужно индивидуально согласовывать и обсуждать с пациентом цели назначения и ожидаемые результаты. Попытка использования ОА должна проводиться только после того, как были использованы другие методы лечения, доказавшие свою эффективность. Терапия опиоидами всегда была и должна всегда оставаться лечением, строго регламентированным юридическими рамками из-за риска развития зависимого поведения

Сопряженность ремоделирования сердца и сосудов у нормотензивных лиц и больных артериальной гипертензией

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Кулик Н.А., Губская П.М.

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

Цель исследования: изучить сопряженность ремоделирования сердца и сосудов у нормотензивных лиц и у больных артериальной гипертензией (АГ) до начала лечения и при длительной антигипертензивной терапии лизиноприлом.

Материал и методы исследования. Обследованы 13 здоровых (средний возраст $49,8 \pm 1,4$ лет) и 18 больных артериальной гипертензией II ст., средний возраст $50,4 \pm 1,3$ лет, не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Всем больным АГ проводилась антигипертензивная терапия лизиноприлом. Целевой уровень АД был достигнут и стойко удерживался в течение 6 месяцев у 13 пациентов, в дальнейшем исследование проводилось только у этих больных. Всем пациентам проводилось доплерэхокардиографическое исследование на аппарате Phillips HD3 (США). Определялись показатели КСО (конечно-систолический объем) и УО (ударный объем). По характеру трансмитрального потока определялись: максимальная скорость кровотока в период раннего наполнения левого желудочка (Е, м/сек) и максимальная скорость кровотока в период позднего наполнения левого желудочка за счет систолы предсердия (А, м/сек). За основу взят показатель их отношения (Е/А). Выраженные нарушения диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) диагностировалась по типу «нарушения расслабления» при значениях $E/A < 1,0$. Для оценки сердечно-сосудистого сопряжения (ССС) рассчитывалось отношение эффективной артериальной эластичности (ЕА) к конечно-систолической эластичности ЛЖ (ЕС) с использованием анализа кривой объем-давление левого желудочка. Показатель ССС высчитывался по упрощенной формуле, предложенной I.Iakovou с соавт. (2004): $ССС = EA/ES = KCO/УО$. Считается, что диапазон показателя ССС 0,6-1,2 в состоянии покоя обеспечивает оптимальное взаимодействие между артериальной системой и левого желудочка. ССС, близкое к 1,0, обеспечивает идеальный баланс ударной работы и метаболизма миокарда. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6,0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования показали, что у здоровых и у больных АГ до начала лечения нарушение сердечно-сосудистого сопряжения со значениями показателя $ССС < 0,6$ встречались приблизительно одинаково, в 18,2% и в 27,3% случаев, соответственно ($p > 0,05$). Через 6 месяцев лечения лизиноприлом при сравнении показателя ССС с исходными значениями у больных АГ выявлено увеличение числа пациентов с нарушенным ССС. До начала лечения доля больных АГ с $ССС < 0,6$ составляла 27,3%, а через 6 месяцев – 72,7% ($\chi^2 = 4,032$, $p = 0,045$). По сравнению со здоровыми через 6 месяцев число больных АГ с нарушенным показателем ССС увеличилось в 4,0 раза ($\chi^2 = 7,994$, $p = 0,005$).

Таким образом, под влиянием антигипертензивной терапии лизиноприлом в течение 6 месяцев, несмотря на достижение и стойкое удержание целевого уровня АД и улучшение у части больных ДФЛЖ, сердечно-сосудистое сопряжение ухудшилось. 6 месяцев лечения, вероятно, недостаточный срок для восстановления оптимального ССС. По-видимому, многолетняя адаптивная компенсация сердечно-сосудистой системы на фоне лечения АГ нарушается, и ССС изменяется еще в большей степени в контрольной точке 6 месяцев. Ухудшение ССС, видимо, является дополнительным неблагоприятным эффектом антигипертензивной

терапии. Нормализация оптимального сопряжения между левым желудочком и артериальной системой представляет важность для практической и теоретической кардиологии.

Роль двигательной активности в профилактике артериальной гипертензии при обучении в медицинском ВУЗе

Веневаева Ю.Л., Казидзева Е.Н., Мельников А.Х.

Тульский государственный университет, Медицинский институт, Тула

Оптимальная двигательная активность (ДА), согласно рекомендациям ВОЗ, в настоящее время рассматривается не только с точки зрения увеличения функциональных резервов, но и как средство профилактики свыше 30 различных заболеваний. Положительные эффекты ДА представляются особенно актуальными для студентов медицинских вузов, подверженных действию стрессовых факторов, связанных с большим объемом учебного материала и высокими требованиями к качеству его усвоения.

Целью исследования явился анализ факторов, которые могут влиять на уровень АД при обучении на 6 курсе, и роли физической активности в профилактике артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Весной 2017 года 28 русскоязычных юношей-студентов 6 курса Медицинского института прошли компьютерное тестирование по программе «Валеоскан 2» (Веневаева Ю.Л., Мельников А.Х., Антоненко С.В., 2013), включающей 45 вопросов и 6 психофизиологических тестов. Данные представлены как $M \pm m$.

Результаты. Все обучающиеся были разделены на 2 подгруппы: первую – с показателями АД ниже 130 мм рт.ст. ($n=17$; $118,8 \pm 1,4$ мм рт.ст.) и вторую – с 131 мм рт.ст. и выше ($n=11$; $134,9 \pm 2,0$ мм рт.ст.). ДАД также было ниже в первой подгруппе ($73,5 \pm 1,5$ и $81,2 \pm 3,0$ мм рт.ст.; $p=0,025$). Различий в длине и массе тела не было, данные ЧСС ($79,4 \pm 2,7$ и $83,9 \pm 4,5$ уд/мин) и дыхательных проб Штанге и Генча и также были одинаковыми. Не выявлено различий в психофизиологических тестах, оценивающих кратковременную зрительную память («Память на образы»), концентрацию внимания (вербальный тест Мюнстерберга), логическое мышление («Исключение понятий»), при этом время выполнения корректурной пробы ($190,5 \pm 8,1$ и $220,3 \pm 11,0$ с; $p=0,016$) и теста «Исключение понятий» ($131,8 \pm 8,7$ и $151,0 \pm 5,8$ с; $p=0,049$) было короче у лиц с «высоким нормальным» АД. Длительность индивидуальной минуты была одинаковой ($71,5 \pm 7,7$ и $69,0 \pm 3,6$ с). В обеих группах чаще всего встречался умеренный вечерний хронотип. Качество сна, частота совмещения учебы с работой и посещений Интернета в ночное время, а также самооценка уровня здоровья и ее динамика во время обучения были одинаковыми. Самостоятельно занимались физкультурой 58,8% лиц с нормальным АД (10 из 17 студентов) и 46,6% (5 из 11 человек) с повышенным АД. Из 15 тренирующихся 6 человек самостоятельно занимались футболом, 4 – посещали тренажерный зал, 2 студента занимались оздоровительным бегом, по 1 человеку – баскетболом, плаванием и шахматами. Кратность занятий была небольшой: 7 юношей тренировались 1-2 раза в неделю, 6 – 3-4 раза в неделю и только 2 – свыше 4 раз. Остальные 13 студентов вели малоподвижный образ жизни. Как и следовало ожидать, у тренирующихся юношей была ниже ЧСС ($76,1 \pm 2,5$ и $87,8 \pm 3,6$ уд/мин; $p=0,0072$); длиннее время задержки дыхания на выдохе ($47,0 \pm 5,2$ и $33,9 \pm 3,5$ уд/мин.; $p=0,025$), однако был больше вес ($80,1 \pm 1,8$ и $71,5 \pm 2,7$ кг; $p=0,0083$) и ИМТ ($25,2 \pm 0,6$ и $23,3 \pm 0,8$ кг/м²; $p=0,049$). Необходимо отметить, что, несмотря на больший вес у тренирующихся юношей, АД у них было одинаковым с группой малоподвижных студентов (САД - $125,9 \pm 2,6$ и $125,0 \pm 2,8$ мм рт.ст., ДАД – $75,1 \pm 1,3$ и $79,0 \pm 3,1$ мм

рт.ст.). Это может свидетельствовать о протекторном влиянии умеренной ДА на уровень АД у лиц с избыточной массой тела. Не обнаружено различий в длительности индивидуальной минуты, ощущении дефицита времени и распределении хронотипов. Однако занимающиеся студенты медленнее переходили к активной деятельности по утрам ($2,8 \pm 0,2$ и $2,1 \pm 0,3$ балла; $p=0,049$). Это может объяснять их более низкий средний балл успеваемости за 6 лет ($3,88 \pm 0,13$ и $4,33 \pm 0,10$ балла; $p=0,0059$), возможно, из-за рассогласования времени оптимальной умственной работоспособности и экзаменов, проводящихся обычно в утренние часы. В пользу этого предположения может свидетельствовать и меньшая активированность во время тестирования ($1,46 \pm 0,40$ у тренирующихся, $3,62 \pm 0,80$ балла у малоподвижных студентов; $p=0,014$). Вместе с тем, из 4 студентов, получивших диплом с отличием, 2 занимались физкультурой, а 2 – нет, что не исключает успешного совмещения напряженных умственных и умеренных физических нагрузок.

Выводы. Нестойкое повышение АД у юношей 6 курса не снижает качество жизни и когнитивные способности студентов. Умеренная двигательная активность положительно влияет на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, а также обладает четким протекторным действием против повышения АД у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Адипокины и гормонально-метаболические показатели у женщин с гипотиреозом и сахарным диабетом 2 типа

Вербовая Н.И., Ломонова Т.В., Вербовой А.Ф.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель: оценить взаимосвязь адипокинов и гормонально-метаболических показателей у женщин с гипотиреозом, сахарным диабетом 2 типа и их сочетанием.

Материалы и методы: было обследовано 3 группы женщин. В первую группу вошли 42 женщины с первичным манифестным гипотиреозом, средний возраст которых составил 58,00 [52,00;62,25] лет. Во вторую группу были включены 38 женщин с сахарным диабетом (СД) 2 типа, средний возраст которых был 60,00 [55,00;64,00] лет. Третья группа включала 39 женщин с сочетанием сахарного диабета 2 типа и гипотиреоза со средним возрастом 64,00 [60,25;68,00] года. Контролем служили результаты обследования 37 практически здоровых женщин: 22 женщины со средним возрастом 21,00 [20,00;22,00] год и 15 женщин со средним возрастом 51,00 [47,00;57,00] год. Всем пациентам проводилось антропометрическое обследование с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Исследовались гликемия в плазме крови, уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ), показатели липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП)), адипонектин, лептин и резистин. Инсулинорезистентность оценивалась по показателю НОМА-IR ((ИРИ x гликемия натощак) / 22,5). По формуле: $KA = (OX - ЛПВП) / ЛПВП$ рассчитывался коэффициент атерогенности (КА).

Результаты: ИМТ в группах пациенток с СД 2 типа ($31,98$ [28,75;36,03] кг/м²) и его сочетанием с гипотиреозом ($32,59$ [28,65;36,40] кг/м²) достоверно превысил контрольные значения ($p<0,05$) и соответствовал I степени ожирения. В группе женщин с гипотиреозом ИМТ достоверно превышал значения младшей контрольной группы ($p<0,001$) и соответствовал избыточной массе тела ($27,91$ [24,33;31,36] кг/м²). У пациенток всех трех групп значение отношения ОТ/ОБ превысило 0,8, что свидетельствует о наличии у них абдоминального типа распределения жировой ткани.

У женщин с СД 2 типа и его сочетанием с гипотиреозом выявлено достоверное повышение гликемии относительно контрольных групп ($p < 0,001$), а также – инсулинорезистентность, которая сопровождалась компенсаторной гиперинсулинемией. В группе женщин с гипотиреозом уровень глюкозы плазмы достоверно превышал аналогичный показатель младшей контрольной группы ($p < 0,05$), при этом находясь в пределах нормального диапазона. Также у пациенток в этой группе отмечены гиперинсулинемия и снижение чувствительности к инсулину. Во всех трех группах обследованных выявлена атерогенная дислипидемия, которая характеризовалась повышением уровня общего холестерина, триглицеридов и значения КА относительно младшей контрольной группы. У женщин с гипотиреозом, СД 2 типа и их сочетанием установлено снижение адипонектина и повышение лептина относительно групп контроля. Максимально выраженные гипоадипонектинемия и гиперлептинемия установлены в группе пациенток с сочетанием заболеваний. В группах женщин с гипотиреозом и СД 2 типа отмечено повышение концентрации резистина в сравнении с группами контроля. Уровень резистина у пациенток с сочетанием СД 2 типа и гипотиреоза был достоверно выше относительно только старшей контрольной группы, что может быть связано с разбросом данных. В группе женщин с гипотиреозом уровень адипонектина положительно коррелировал с холестерином ЛПВП ($r = 0,319$; $p = 0,006$) и отрицательно – с общим холестерином ($r = -0,504$, $p < 0,001$), триглицеридами ($r = -0,271$, $p = 0,024$), холестерином ЛПНП ($r = -0,523$, $p < 0,001$) и КА ($r = -0,448$, $p < 0,001$). Уровень лептина у пациенток с гипотиреозом положительно коррелировал с общим холестерином ($r = 0,239$; $p = 0,018$), холестерином ЛПНП ($r = 0,229$; $p = 0,023$), коэффициентом атерогенности ($r = 0,276$; $p = 0,006$) и отрицательно – с холестерином ЛПВП ($r = -0,290$; $p = 0,004$). В группе пациенток с сочетанием СД 2 типа и гипотиреоза уровень резистина прямо коррелировал с инсулином ($r = 0,466$; $p = 0,001$) и НОМА-IR ($r = 0,388$; $p = 0,003$).

Выводы: у женщин с гипотиреозом, СД 2 типа и их сочетанием установлены гиперинсулинемия, атерогенная дислипидемия, гиперлептинемия, гипоадипонектинемия. У больных с гипотиреозом и больных с СД 2 типа выявлено достоверное повышение уровня резистина. Адипонектин и лептин участвуют в развитии атерогенной дислипидемии у женщин с первичным гипотиреозом. Резистин влияет на развитие инсулинорезистентности у больных с СД 2 типа в сочетании с гипотиреозом.

Содержание адипокинов и эхокардиографические показатели у больных сахарным диабетом 2 типа и гипотиреозом

Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А., Ломонова Т.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Оценить взаимосвязь адипокинов и эхокардиографических показателей у больных с сахарным диабетом 2 типа и гипотиреозом. Материалы и методы. Обследовано 20 мужчин в возрасте от 38 до 64 лет, которые составили 2 группы. В первую группу вошли 10 пациентов с гипотиреозом, средний возраст которых составил 54,00 [43,00;60,25] лет, во вторую – 10 мужчин с сахарным диабетом (СД) 2 типа, средний возраст которых был 57,00 [50,25;62,00] лет. Всем пациентам проводилось антропометрическое обследование с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $\text{ИМТ} = (\text{вес (кг)})/(\text{рост (м)}^2)$ и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Концентрация адипонектина, лептина и резистина в сыворотке крови исследовалась методом иммуноферментного анализа на аппарате Expert Plus (Asys, Австрия). Сравнение антропометрических

показателей и уровня адипокинов у обследованных пациентов проводили с двумя группами контроля. Первую (младшую) контрольную группу составили 15 мужчин со средним возрастом 21,00 [20,00;21,00] год, вторую (старшую) контрольную группу – 15 мужчин со средним возрастом 54,00 [51,00;56,00] года. Эхокардиографическое обследование пациентов с гипотиреозом и СД 2 типа проводилось на аппарате Logic7 в М-, В-, D-режимах в стандартных позициях. Проводилось измерение толщины межжелудочковой перегородки в диастолу и систолу (МЖПд, МЖПс), толщины задней стенки левого желудочка в диастолу и систолу (ЗСЛЖд и ЗСЛЖс), конечно-диастолического и конечно-систолического объемов (КДО и КСО), величины левого предсердия (ЛП) и правого желудочка (ПЖ). Измерялась масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и рассчитывался индекс ММЛЖ (ИММЛЖ). Исследовалась фракция выброса ЛЖ. Контролем служили результаты эхокардиографического обследования 20 здоровых мужчин, средний возраст которых составил 22,00 [21,00;22,00] года. Результаты. ИМТ в группах пациентов с гипотиреозом (32,11 [25,86;38,63] кг/м²) и СД 2 типа (30,30 [27,19;33,80] кг/м²) достоверно превышал контрольные значения ($p < 0,05$) и соответствовал I степени ожирения. У пациентов этих двух групп ОТ была более 94 см, а отношения ОТ/ОБ больше 0,95, что соответствовало висцеральному ожирению. У мужчин с гипотиреозом и СД 2 типа выявлено достоверное повышение концентрации лептина и снижение адипонектина относительно обеих контрольных групп ($p < 0,05$). Уровень же резистина у этих пациентов практически не отличался от контрольных величин ($p > 0,05$). Толщина МЖПс, МЖПд, ЗСЛЖд, размеры ЛП и ПЖ, величина ММЛЖ и индекс ММЛЖ у пациентов с гипотиреозом и СД 2 типа достоверно превышали аналогичные показатели контрольной группы ($p < 0,05$). КДР, КСР, КДО и КСО в двух группах пациентов достоверно не отличались от показателей контрольной группы ($p > 0,05$). ФВ у всех обследованных соответствовала норме (более 55%), значимо не отличаясь от контрольных значений. Также у пациентов и с гипотиреозом, и с СД 2 типа было выявлено значимое снижение соотношения величин максимальных скоростей раннего (Е) и позднего (А) наполнения левого желудочка относительно контрольной группы. В группе мужчин с СД 2 типа была выявлена положительная корреляция величин ЛП и ММЛЖ с концентрацией лептина ($r = 0,754$; $p = 0,012$ и $r = 0,685$; $p = 0,029$ соответственно) и отрицательная – с концентрацией адипонектина ($r = -0,665$; $p = 0,036$ и $r = -0,742$; $p = 0,014$ соответственно). Выводы: у мужчин с сахарным диабетом 2 типа и гипотиреозом выявлены гипоадипонектинемия и гиперлептинемия. Лептин и адипонектин участвуют в процессе ремоделирования миокарда левого желудочка при СД 2 типа.

Частота и причины артериальной гипертензии у больных с острой тромботической окклюзией при атеросклерозе артерий нижних конечностей

Вечорко В.И., Теплова Н.В., Евсиков Е.М., Майтесян Д.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 15, Москва

Цель настоящего исследования: изучение основных причин и частоты развития артериальной гипертензии у больных с тромботической окклюзией крупных артерий конечностей при их атеросклеротическом поражении.

Задачи: 1. Оценка частоты и тяжести артериальной гипертензии у больных с тромботической окклюзией крупных артерий конечностей при их атеросклеротическом поражении. 2. Изучение основных васкулярных,

нефрогенных, эндокринных причин развития синдрома артериальной гипертензии.

Материал и методы исследования. В исследование были включены данные 129 больных с атеросклеротическим и атеро-тромботическим поражением аорты, осложнившегося острой тромботической окклюзией артерий нижних (112) и верхних (17) конечностей в результате тромбоза (62) и эмболии (67) магистральных сосудов. Возраст больных составил от 47 до 78 лет, в среднем $64,5 \pm 4,7$ года, мужчин 107, женщин 22. Всем больным проводили ультразвуковое доплеровское сканирование (УЗДГ) артерий конечностей, мультиспиральную компьютерную ангиографию (МСКТ), эхокардиографию в двухмерном и М-модальном режимах. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли расчетным методом по формуле Кокрофта-Голта. Коагулограмму исследовали на приборе ACL Elite Top, США. После верификации диагноза у 62 больных была проведена экстренная операция тромбэктомии, у других 67 пациентов эмболэктомии. Полученные результаты. Хроническая артериальная гипертензия выявляется у большинства больных с атеросклерозом аорты, осложненным тромботической окклюзией артерий нижних и верхних конечностей. Более чем у 80% гипертензия характеризуется систоло-диастолическим типом и только у небольшой части (менее 20%) выявляется изолированный систолический ее характер. В сравнении с больными с хронической ишемией, при острой окклюзии артериальных сосудов конечностей диагностируется большее число средне-тяжелых и резистентных к гипотензивной терапии форм гипертензии. Тромбэктомия и реконструктивные вмешательства на окклюзированных сосудах, с восстановлением магистрального кровотока в конечностях, сопровождаются у большинства больных достоверным снижением системного систолического и диастолического артериального давления. Более чем у 65% больных, как с острой тромботической, так и хронической ишемией конечностей, выявляются патологически низкие значения скорости клубочковой фильтрации. По данным ангиографических исследований у них наиболее часто выявляются признаки атеросклероза, стенозирования почечных артерий и хронической ишемии почек. Выводы. Тромботическая окклюзия артерий нижних и верхних конечностей у больных с атеросклерозом артерий конечностей сочетается с высокой частотой синдрома артериальной гипертензии. Операции эмбол- и тромбэктомии, реконструктивные вмешательства на окклюзированных сосудах, с восстановлением магистрального кровотока в конечностях, сопровождаются у большинства таких больных достоверным снижением системного систолического и диастолического артериального давления.

Проблемы определения, классификации и кодировки понятия «мультифокальный атеросклероз» для работы в автоматизированной информационной системе амбулаторно-поликлинического учреждения

Виноградов С.Н., Шкловский Б.Л., Прохорчик А.А., Лазарев А.Б., Воробьев Е.Г., Бакшеев В.И.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого Минобороны России, Красногорск

Понятие «мультифокальный атеросклероз» (МФА) в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) не регламентируется. Определение и уточнение термина «генерализованный атеросклероз» также не приводится. Проблема определения и классификации «мультифокального атеросклероза» актуальна в связи с тем, что отсутствие соответствующих классификационных кодов затрудняет работу

автоматизированных информационных систем (АИС) и статистического учета. «Гемодинамическая значимость» атеросклероза является показателем к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), но в классификациях как самостоятельный признак не указывается и не кодируется. Без кодов невозможно средствами автоматизации обработать массив данных прикрепленного к поликлинике контингента в каких-либо целях, в том числе и в целях отбора на ВМП. С помощью автоматической информационной системы поликлиники нами была проведена выборка пациентов по всем кодам рубрик и подрубрик МКБ-10, включающих атеросклеротическое поражение артерий. В течение 10 лет под наблюдением находилось 4513 (100%) пациентов с атеросклеротическим поражением артерий различных локализаций. Из них у 1625 (36,0%) больных были поражены артерии двух и более бассейнов: поражение коронарных и церебральных артерий 78,4%; коронарных и других артерий, кроме церебральных артерий 6,5%; церебральных артерий и других, кроме коронарных артерий 2,7%; поражение более двух основных бассейнов, т.е. коронарного, церебрального и других 12,4%. «Генерализованный атеросклероз» идентифицировать было невозможно, ввиду отсутствия дефиниций в МКБ-10. Корректность термина МФА с позиции клинической значимости вызывает сомнения. Так, по нашим данным у 87,6% пациентов с клинической манифестацией атеросклероза диагностируется поражение двух и более сосудистых бассейнов. При этом, у 98% из них проявления атеросклероза уже ассоциированы с конкретными нозологическими формами заболеваний, представленных в МКБ-10.

Выводы 1. При выработке научных терминов, устанавливающих и изменяющих наименования нозологических форм заболеваний, необходимо классифицировать новый термин на основе известных правил применения логических операций и смысловых характеристик классифицируемого понятия, с целью его последующей кодировки, статистического учета и работы в автоматизированных информационных системах. 2. Атеросклеротическое поражение сосудов различных бассейнов логически более верно именовать по А.Л. Мясникову [1965 г.] как «сочетанные». 3. В новой XI редакции МКБ целесообразно рассмотреть вопрос о замене термина «генерализованный атеросклероз» на «сочетанные формы атеросклероза» с соответствующей расшифровкой локализации процесса.

Неспецифическая гиперчувствительность на табачный дым, экстракт сигарет по увеличению пероксидазной активности в слюне

Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н., Бардов В.С.

Амурская государственная медицинская академия, Северо-Западный центр доказательной медицины, Медицинский лечебно-диагностический центр «Евгения», Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск, Санкт-Петербург

Секреция миелопероксидазы из лейкоцитов может запускаться неспецифически – хемоаттрактантами или же ирритантами и поллютантами. В слюне имеется два вида пероксидаз: миелопероксидаза, выделяемая нейтрофилами, и лактопероксидаза – клетками слюнных желез. Для диагностики различных видов аллергии *in vivo* нами предлагается трансбуккальный провокационный тест. Сущность его заключается в том, что после воздействия аллергенами или неспецифическими агентами на слизистую оболочку ротовой полости, или после приема

аллергена внутрь определяется прирост активности пероксидазы в слюне (ротовой жидкости) с помощью субстрат-хромогенной смеси (тетраметилбензидина и перекиси водорода). Для разработки метода и оценки влияния сигаретного дыма на повышение пероксидазной активности в слюне нами проведено пилотное исследование.

Была набрана группа добровольцев (n=6; возраст 37 (23;47)) без респираторной патологии с различным статусом курения: 3 человека курящих, 1 человек курил ранее (не курит более 10 лет), 2 добровольца никогда не курили. Все участники дали и собственноручно заполнили добровольное информированное согласие. Для диагностики аллергии к табачному дыму в качестве токсиканта использовали метод по изложенной выше методике. Провокацию повышения пероксидазной активности проводили выкуриванием одной сигареты с задержкой дыма в ротовой полости в течение 10-15 секунд. Оказалось, что курильщики не реагировали на сигаретный дым повышением пероксидазной активности. В этой группе наблюдали некоторое снижение оптической плотности, видимо за счет гиперсаливации под влиянием курения. Результаты пилотного исследования позволили провести испытание метода с использованием модельного раствора имитирующим действие токсиканта экстрактом сигареты. После получения согласия в исследование включали больных с ХОБЛ средней степени тяжести (критерии GOLD, n=27), больных с аллергической формой БА (критерии GINA, n=25). Контрольная группа состояла из здоровых волонтеров без респираторной патологии (n=12). Группы были однородны по возрасту, продолжительности заболевания, количеству обострений. Они различались по полу, статусу курения и индексу массы тела. В группе больных с ХОБЛ преобладали мужчины с высоким статусом курения и низким индексом массы тела, что соответствует общемировой статистике. Двадцати четырем больным с ХОБЛ и одному с БА не проведено тестирование в связи с наличием противопоказаний: хроническое легочное сердце с явлениями недостаточности, выраженная эмфизема легких, пневмосклероз, артериальная гипертензия высокой степени, сахарный диабет 2 типа субкомпенсация. По результатам эксперимента оптимальный порог процента прироста пероксидазной активности равен 100% при оптимальных чувствительности Se 72% специфичности Sp 79% AUC 0,776 p<0,05. В группе ХОБЛ (n=27) реакция была положительна у 19 человек, в группе БА у 20 больных (n=25). Статистических различий между группами по количеству положительных реакций не было: рБА-ХОБЛ F>0,05. В контрольной группе (n=12) реакция была положительна у 4 (рБА-контроль F=0,01; рХОБЛ-контроль F=0,041). Следовательно, у больных БА и ХОБЛ повышение пероксидазной активности на токсиканты наблюдается чаще, чем у доноров. Обнаружены достоверные различия в группах рKW=0,001. Максимальное повышение пероксидазной активности в слюне обнаружено в группе больных с БА 135(91;236)% (рБА-контроль <0,001). В группе больных с ХОБЛ 112(89;208)% (рХОБЛ-контроль <0,001; рХОБЛ-БА >0,05). У доноров без респираторной патологии наблюдали незначительный прирост МПО – 5(0;12)%. Учитывая различия в группах по статусу курения, нами проанализированы результаты теста среди курильщиков. В группе больных с ХОБЛ у курильщиков выявлено меньшее повышение пероксидазной активности, чем у некурящих больных с ХОБЛ. Возможно, более низкие цифры прироста активности пероксидазы связаны с адаптацией больных к токсикантам, гиперреактивность выражена слабее. Высокая диагностическая чувствительность метода – Se в группе ХОБЛ 70% и Se в группе БА 80% позволяет использовать метод в качестве скрининга для выявления больных с хроническими обструктивными заболеваниями. Выводы. Трансбуккальный метод диагностики аллергии позволяет диагностировать неспецифическую гиперчувствительность (псевдоаллергию) на ирританты и токсиканты – сигаретный дым, выхлопные газы автомобилей путем определения прироста пероксидазной активности в слюне до и после провокационной пробы на больном.

Эозинофильный катионный протеин – предиктор тяжести течения бронхиальной астмы, связанной с грибковой сенсибилизацией

Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н., Бардов В.С.

Амурская государственная медицинская академия, Северо-Западный центр доказательной медицины, Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Медико-диагностический центр «Евгения», Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск, Санкт-Петербург

Введение. Эозинофильный катионный белок (ЭКБ) – один из токсических белков эозинофилов, который характеризует тяжесть аллергического воспаления.

Цель: изучить уровень ЭКБ у пациентов с бронхиальной астмой, вызванной грибковыми аллергенами.

Материалы и методы: исследовали две группы пациентов с грибковой бронхиальной астмой из разных регионов России – жители г. Санкт-Петербурга и Амурской области, подвергшиеся наводнению. В 1 группе – 17 человек, 10 женщин и 7 мужчин, средний возраст – 35,8 лет, средне-тяжелое течение – 12 человек, тяжелое – 5 человек, во второй группе – 18 человек, из них – 12 женщин, 6 мужчин, средний возраст – 37,5 лет, средне-тяжелое течение – 11 человек, тяжелое – 7 человек. Спектр грибковой сенсибилизации – в 1 группе – преобладала сенсибилизация к *Aspergillus notatum* и *Alternaria tenuis*, во второй группе – *Penicillium niger* и *Mucor racemosa*. Уровень ЭКБ в 1 группе – 19,8, во второй – 24,7 (норма – 14,4). Показатели бронхиальной обструкции более выражены во 2 группе – ОФВ1 – 57% по сравнению с 62% в 1 группе. Эозинофилия периферической крови – 11% во второй и 7% – в 1 группе.

Заключение: уровень ЭКБ объективно отражает тяжесть течения бронхиальной астмы, коррелирует с уровнем бронхиальной обструкции и эозинофилией периферической крови. Спектр грибковой сенсибилизации зависит от региона и условий проживания.

Применение ультразвуковой эластографии сдвиговой волной в ревматологии

Волков К.Ю., Буряк И.С., Демьяненко Н.Ю.

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

Ультразвуковая диагностика в настоящее время широко используется для исследования опорно-двигательного аппарата в качестве метода первой линии из-за возможности доступа в режиме реального времени, мобильности, динамичности (исследование в различных положениях: в состоянии спяния, разгибания и покоя) и относительно низкой стоимости. С развитием ультразвуковых методов появилась возможность оценить и механические свойства мягких тканей с помощью ультразвуковой визуализации. Так соноэластография позволяет определить эластичность мягких тканей. Метод основан на определении деформируемости ткани, которая зависит от ее структуры и состава. Эластичность определяется модулем Юнга, который отображает свойства материала сопротивляться растяжению или сжатию при упругой деформации. Основные методики, используемые в настоящее время, включают компрессионную (квазистатическую) эластографию и эластографию сдвиговой волной (динамическую). Эластография сдвиговой волной основана на измерении

распределения скоростей волны деформации ткани, полученной с помощью ультразвукового импульса. Модуль Юнга (E) при этом может быть вычислен как функция скорости сдвига (C_s) и плотности среды (ρ) уравнением $E = 3\rho C_s^2$. Эта методика позволяет провести не только качественную оценку в виде цветных эластограмм, но количественные измерения в килопаскалях или сантиметрах в секунду. Известно, что эластичность мягких тканей, таких как подкожная жировая клетчатка, мышцы и соединительная ткань составляет приблизительно от 1 до 103 кПа. Выявлено также, что злокачественные новообразования имеют большую жесткость по сравнению с нормальными тканями. Этим обусловлено широкое применение метода эластографии в диагностике заболеваний печени, молочных, щитовидной и предстательной желез. Эластичность мягкотканых структур опорно-двигательного аппарата также может быть изменена под воздействием различных патологических процессов, таких как микроповреждения, воспаление, фиброзирование и кальциноз. С конца прошлого десятилетия стали появляться отдельные публикации по эластографическому исследованию сухожилий различных локализаций, например, ахиллова сухожилия. Ряд публикаций посвящен возможности получения информации о жесткости сухожилия в режиме реального времени как в норме, так и при дегенеративных изменениях, а также оценки механических свойств сухожилия в динамике на фоне проводимой терапии. Также показано, что соноэластография позволяет обнаружить дегенеративные изменения сухожилий, кальцификаты в толще сухожилий, которые трудно выявить с помощью других методов исследования. В последнее время появляются новые сообщения о диагностических возможностях метода при ревматологических заболеваниях. Так E. Cindila et al. показано достоверное различие в эластичности больших слюнных желез у пациентов с синдромом Шегрена по сравнению с контрольной группой. Q. Wang et al. сообщают об использовании эластографии сдвиговой волной для определения показателей жесткости мягкотканых структур в области первого плюснефалангового сустава в межприступный период и при обострении подагры. Изучается возможность применения методики исследования сухожилий при склеродермии, анкилозирующем спондилите. Таким образом, в скором времени соноэластография может прочно войти в клиническую практику в качестве метода первой линии диагностики для выявления биомеханических изменений сухожилий, мышц, связочного аппарата, а также оценки эффективности проводимого лечения. Однако необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Оценка тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с основными факторами риска неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста

Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Актуальность. Реализация факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний (НИЗ), а также влияние тревожно-депрессивной симптоматики начинается в подростковом и молодом возрасте, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи, в том числе учащихся средних учебных заведений.

Цель. Изучить взаимосвязь тревоги и депрессии с основными ФР НИЗ среди учащихся медицинского колледжа Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Обследовано 276 учащихся колледжа ЮУГМУ, средний возраст $19,7 \pm 2,5$ лет (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%). Уровень

тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Оценка курения, употребления алкоголя, уровня физической активности, статуса питания проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение артериального давления и выявление артериальной гипертензии (АГ) проводилось по российским рекомендациям (2013). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$; для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера; для оценки независимой ассоциации тревоги и депрессии и ФР НИЗ применялся метод множественной логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В общей популяции учащихся медицинского колледжа распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%); депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Гендерных различий не выявлено. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов (19,4% и 10,6% соотв., $p < 0,05$). Среди лиц с тревожной депрессией достоверно выше распространенность АГ и избыточного употребления соли; среди лиц с депрессией – предожирения, абдоминального ожирения, низкой физической активности, нерационального питания, недостаточного употребления овощей и фруктов, низкого балла успеваемости (3,0-3,4). По результатам множественной логистической регрессии, риск тревоги увеличивается при наличии АГ (в 5,3 раза), избыточного употребления соли (в 2,0 раза) и уменьшается при употреблении алкоголя в малых дозах (в 2,0 раза). Вероятность депрессии увеличивает наличие ИМТ $\geq 25,0 \text{ кг}/\text{м}^2$ (в 3,9 раза), абдоминального ожирения (в 2,6 раза), низкой физической активности (в 2,2 раза), нерационального питания (в 3,0), недостаточного употребления овощей и фруктов (в 2,6 раза), среднего балла успеваемости ниже 3,9 (в 2,5 раза). В свою очередь, протективным эффектом в отношении депрессии обладает средний балл успеваемости выше 4,5, уменьшающий риск ее развития в 2,6 раза.

Выводы. 1. Выявлена высокая распространенность тревоги (37,7%) и депрессии (20,3%) среди учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ. 2. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов. 3. Риск тревоги увеличивается при наличии АГ и избыточного употребления соли, и уменьшается – при употреблении алкоголя в малых дозах. Риск депрессии увеличивает ИМТ $\geq 25,0 \text{ кг}/\text{м}^2$, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкий средний балл успеваемости ($\leq 3,9$), уменьшает – высокий средний балл успеваемости ($\geq 4,5$).

Анализ диспансерного наблюдения пациентов с повышенным артериальным давлением в Тюменской области

Гагина Т.А., Туровина Е.Ф., Андреева А.А., Гартунг К.А., Сажнева А.С.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель работы: провести анализ диспансерного наблюдения пациентов с повышенным артериальным давлением за 2017 год по данным регионального регистра пациентов с факторами риска.

Задачи: оценить распространенность повышенного артериального давления по данным регионального регистра пациентов с факторами

риска; изучить движение пациентов с повышенным артериальным давлением в группе диспансерного наблюдения городских и сельских поликлиник Тюменской области.

Материалы и методы: в Тюменской области приказом Департамента здравоохранения регламентировано ведение регионального регистра пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, внесение данных выполняется с позиции автоматизированного рабочего места врача в электронную медицинскую карту пациента. Для анализа были использованы данные регионального регистра пациентов с факторами риска по коду диагноза R03.0 (повышенное артериальное давление) за 2017 год, количество населения, прикрепленного к медицинским организациям, количество пациентов с повышенным артериальным давлением на начало периода, движение пациентов с повышенным артериальным давлением в группе диспансерного наблюдения, количество пациентов на конец отчетного периода. Обработку полученных данных провели с использованием программы Excel.

Результаты. Были проанализированы данные регионального регистра пациентов с факторами риска по 25 медицинским организациям Тюменской области: 13 городских поликлиник и 12 сельских. Общая численность прикрепленного населения – 1 095 927 человек, из них городское население – 630 066 человек (57,5%), сельское – 465 861 человек (42,5%). Число пациентов с повышенным артериальным давлением (код R03.0), состоящих под диспансерным наблюдением на начало отчетного периода в городе составило 10 081 человек (54%), в сельской местности – 8677 человек (46%). Распространенность повышенного артериального давления по данным регионального регистра в Тюменской области составила 23 на 1000 населения, в городских поликлиниках – 21 на 1000, в сельских поликлиниках 27 на 1000. Повышенное артериальное давление у пациентов города Тюмени было выявлено в ходе следующих мероприятий: при обследовании в Центре здоровья – 468 (14,11%); при профилактических медицинских осмотрах – 481 (14,49%); в ходе диспансеризации взрослого населения – 947 (28,53%); прочие – 1423 (42,87%). Повышенное артериальное давление у пациентов сельских поликлиник Тюменской области было выявлено в ходе следующих мероприятий: при обследовании в Центре Здоровья – 201 (4,37%); при профилактических медицинских осмотрах – 927 (20,16%); в ходе диспансеризации взрослого населения – 2960 (64,36%); прочие – 511 (11,11%). Причинами снятия с диспансерного учёта пациентов с повышенным артериальным давлением в поликлиниках города Тюмени были: «перевод в другую медицинскую организацию» – 692 (70,33%); «излечение» – 126 (12,80%); «другие причины» – 121 (12,3%); «диагноз не подтвердился» – 43 (4,37%); «смерть» – 2 (0,20%). Причины снятия с диспансерного учёта в медицинских учреждениях Тюменской области (без г. Тюмени) были: «излечение» – 372 (44,66%); «другие причины» – 242 (36,00%); «перевод в другое учреждение» – 117 (14,05%); «диагноз не подтвердился» – 23 (2,76%); «смерть» – 21 (2,53%). На конец отчетного периода, из числа пациентов с повышенным артериальным давлением, находящихся под диспансерным наблюдением, городское население составило 12 961 человек (51%), сельское население – 12 564 человека (49%).

Выводы: 1) По данным регионального регистра пациентов с факторами риска, по распространённости повышенного артериального давления среди сельского и городского населения Тюменской области различий не выявлено. 2) В части выявления пациентов с повышенным артериальным давлением, диспансеризация взрослого населения более результативна в сельских медицинских организациях. 3) Самой частой причиной снятия пациентов с диспансерного учета в сельских поликлиниках было достижение целевого уровня артериального давления, а в городских поликлиниках – перевод в другую медицинскую организацию.

Тревожно-депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом

Гамидова С.Г., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р., Чиликина Н.С.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Цель исследования. Оценить степень тревожно-депрессивных расстройств у больных ревматоидным артритом (РА) и установить взаимосвязь с тяжестью основного заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 144 больных с РА в возрасте от 18 до 65 лет, из них 70 (48,6%) мужчин и 74 (51,4%) женщин. Продолжительность заболевания менее 1 года выявлена у 26 больных (18%), от 1 года до 5 лет – у 44 (30,7%) и свыше 5 лет – у 74 (51,3%). Среди обследованных пациентов наследственность отягощена у 70 (49,3%); имели семью 106 (73,9%); имели высшее образование – 85 (59,7%) пациентов; положительный РФ был выявлен у 108 (75%), отрицательный – у 36 (25%); повышение уровня АЦЦП отмечалось у 144 (100%) больных; повышение уровня СОЭ зарегистрировано у 96 (66,6%) пациентов; СРБ выше нормы зарегистрирован у 144 больных (100%); уровень гемоглобина был ниже 120 г/л у 102 пациентов (70%): анемия 1 степени – у 54 (52,9%), 2 степени – у 42 (41,3%), 3 степени – у 6 (5,8%) пациентов; уровень лейкоцитов в крови варьировал в пределах от 3,5 до 17,5×10⁹ г/л, при этом выше нормы определялось у 36 (25%) пациентов. При изучении НФС было обнаружено, что 1 ст отмечалась у 43 (29,8%) пациентов, 2 ст – у 66 (45,8%), 3 ст – у 35 (24,3%) больных. При определении Rct: Rct I выставлена 31 (21,5%), Rct II – у 74 (51,6%), Rct III – у 39 (26,9%) пациентам.

Результаты исследования. При анализе данных шкалы Бека у 43 (30,3%) больных не было выявлено депрессии (0-9 баллов). Легкая депрессия (10–15 баллов) была диагностирована у 22 (15,1%), умеренная (16-19 баллов) – у 37 (25,5%) и выраженная (20-29 баллов) – у 34 (23,2%) пациентов. Тяжелая депрессия (более 30 баллов) регистрировалась у 8 (5,6%) пациентов. Таким образом, умеренная и выраженная депрессия встречалась статистически значимо чаще, чем тяжелая депрессия – в 3,52 и 3,43 раза ($p < 0,05$). Кроме того, получены данные о высокой подверженности к депрессии пациентов с высшим образованием – 85 (59%) пациентов и имеющих семьи – 106 (73,6%) пациентов, в отличие от тех пациентов, у которых данные факторы отсутствовали. При анализе данных шкалы Спилберга-Ханина выявлена, преимущественно, тревожность умеренная (31-34 балла) у 93 (64,1%) пациентов, низкая (до 30 баллов) и высокая (более 45 баллов) степень тревожности регистрировалась у 21 (15,2%) и 30 (20,7%) пациентов соответственно. Следует отметить, что умеренно выраженная тревожность наблюдалась практически в два раза чаще у тех пациентов, которые так же имели высшее образование и семьи. Кроме того, выявлена четкая, прямая, статистически значимая взаимосвязь ($p < 0,05$) Rct PA с выраженностью депрессии. Полученные результаты свидетельствуют, что с нарастанием Rct PA показатели депрессии достоверно увеличиваются. В частности, по шкале Бека уровень депрессии у больных РА с Rct I был оценен в 5,73±0,38 баллов, при Rct II – 7,21±0,25 ($p < 0,05$), Rct III – 8,02±0,33 ($p < 0,01$) баллов. Тревожность при Rct I – 8,14±0,22 баллов, Rct II – 6,38±0,24* ($p < 0,05$), при Rct III – 5,14±0,18 ($p < 0,01$). Такая характеристика патологического процесса, как длительность заболевания так же относится к факторам предрасполагающим к тревожно-депрессивным расстройствам. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о наличии прямой умеренной связи между показателями депрессии и длительностью заболевания. Длительность заболевания менее 1 года соответствовал уровню депрессии 5,32±0,31 баллов, от 1 до 5 лет – 6,88±0,19 ($p < 0,05$), более 5 лет – 7,03±0,28 ($p < 0,01$). Статистически значимой взаимосвязи уровня тревожности с длительностью заболевания выявлено не было.

Выводы: 1. Для пациентов с РА характерна наиболее частая встречаемость умеренной и выраженной депрессии, а так же умеренной степени тревожности. 2. У пациентов с РА с высоким социальным статусом и наличием семьи выраженная и тяжелая депрессия, а так же умеренная тревожность регистрировались значительно чаще в отличие от пациентов с низким социальным статусом и не имеющими собственные семьи. 3. У больных РА с выраженными воспалительными изменениями в крови, более длительным течением заболевания и высокой Rst умеренная и выраженная депрессия, а также умеренно высокая тревожность встречаются чаще.

Распространенность белково-энергетической недостаточности и сниженной мышечной силы у пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на гемодиализе

Гасанов М.Э., Батюшин М.М., Терентьев В.П., Кузярова А.С., Бондаренко Н.Б., Лапина Е.С.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Гемодиализ и перитонеальный диализ в настоящее время являются основными методами заместительной почечной терапии. По статистике около 80% всех пациентов с хронической болезнью почек V диализной стадии (ХБП5Д) в мире получают данный вид лечения. Важным аспектом в ведении этой категории больных является не только надлежащая диализная программа, своевременное выявление и коррекция развивающихся осложнений, но и выживаемость пациентов. Зачастую она зависит от выраженности ассоциированной с ХБП и диализом белково-энергетической недостаточности (БЭН) и саркопении. В работе Souza V.A. et al. (2017) установлена взаимосвязь между потерей мышечной массы и ухудшением функции почек. Наряду с этим саркопения, встречающаяся у 37% диализных больных, может служить одной из причин повышения сердечно-сосудистой смертности. Поэтому выявление причин снижения мышечной массы и силы у пациентов с ХБП 5 Д стадии позволит не только оптимизировать подходы к ведению пациентов данной группы, но и влиять на прогноз заболевания. Нами проведено пилотное неконтролируемое одноцентровое исследование 80 пациентов с ХБП, проходящих лечение гемодиализом. Целью работы явилась оценка распространенности белково-энергетической недостаточности и сниженной мышечной силы в этой группе больных.

В исследуемую группу вошли: 47 мужчин и 33 женщины, средний возраст которых составил 51,7±11,6 лет, длительность диализа – 33,5 месяцев. Всем пациентам проводилось антропометрическое исследование, биоимпедансометрия, определение мышечной силы, биохимический анализ крови. Гемодиализ проводился 12 часов в неделю. Клиническое обследование включало в себя сбор жалоб, оценку объективного статуса, измерение мышечной силы с использованием кистевого динамометра ДМЭР-120-0,5 (Россия) трехкратно (для расчетов использовался лучший результат), биоимпедансометрию аппаратом «Диамант АИСТ-мини» (Россия). Мышечная сила на левой руке составила у мужчин 40,7±1,6Н, у женщин – 23,4±1,0 Н. Мышечная сила на правой руке составила у мужчин 44±2,1 Н, а у 23,8±0,9 Н. В целом снижение мышечной силы наблюдалось у 12,8% мужчин и у 27,3% женщин. Распространенность БЭН (по Bilbrey, Cohen) была выявлена у 91,5% мужчин и у 87,9% женщин, при этом I стадия – у 66% мужчин и 55% женщин, II стадия – у 23,4% мужчин и 33,3% женщин и III стадия – у 2,2% мужчин. Выявлена слабая прямая корреляционная зависимость между мышечной силой и суточным

калоражем пищи ($r=0,22$, $p<0,05$). Достоверная взаимосвязь между стадией БЭН и мышечной силой отсутствовала. Однако жировая масса была достоверно больше у пациентов с I стадией БЭН, чем у пациентов со II стадией БЭН ($p<0,05$).

Обнаруженная высокая распространенность БЭН и сниженная мышечная сила у пациентов с ХБП5Д требуют оптимизации подходов в ведении данной категории больных и уточнения механизмов развития саркопении.

Субъективно-объективные показатели состояния здоровья женского населения в лонгитудинальном исследовании в России/Сибири: 1988-2016 годы

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Крымов Э.А., Панов Д.О.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Института цитологии и генетики СО РАН, Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск

Цель. Определить 28-летнюю динамику (1988-2016 гг.) информированности и отношения к своему здоровью, поведенческим характеристикам и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции среди женщин 25-44 лет в России/Сибири (г.Новосибирск).

Материал и методы. В рамках 2-го и 3-го скрининга программы изучения тенденций и контроля сердечно-сосудистых заболеваний MONICA и подпрограммы MONICA-психосоциальная (MOPSY), в 1988 и 1994 гг. были обследованы случайные репрезентативные выборки женщин в возрасте 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска (1988 г. – n=847, средний возраст – 44,8±0,4; 1994 г. – n=870, средний возраст – 45,4±0,4); в возрастной группе 25-44 лет – 397 и 284 лиц для 1988 и 1994 гг., соответственно. В 2016 г. в рамках скринирующих исследований по бюджетной теме НИИТПМ № гос. рег. 01201282292 обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-44 лет того же района г. Новосибирска (n=540). Информированность и отношение к своему здоровью, поведенческим характеристикам и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний изучались с использованием шкалы «Знание и отношение к своему здоровью», валидизированной для российской популяции в рамках программы ВОЗ MONICA. Для расчета показателей использовался тест хи-квадрат (χ^2). Критерием статистической значимости использовалась достоверность результата при $p<0,05$.

Результаты. С 1988 по 1994 г. доля лиц с негативной самооценкой здоровья существенно не менялась и составляла 82,2% и 79%, соответственно. В 1994 выросла доля женщин считающих себя «большими». В 2016 существенно увеличилась положительная самооценка здоровья, половина опрошенных считали себя здоровыми. Более 50% респондентов в 1994 г. отмечали высокую вероятность заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет; в 1988 и 2016 – эти показатели были примерно равны 34,8% и 36,7%, соответственно. Большинство женщин верит в возможности медицины успешно предупредить и лечить болезни сердца, но доля лиц, использующих ресурсы здравоохранения в профилактических целях, остается крайне низкой и не превышает 10%. В открытой популяции среди женщин в возрасте 25-44 лет за 28 лет отмечен рост трудовой ответственности, но снизилась трудоспособность. В динамике в 1994 г. отмечено нарастание стресса в семье, и его снижение к 2016 г. В период 1994-2016 гг. произошло увеличение частоты курения и рост числа неуспешных попыток отказа от курения, улучшение профиля пищевого поведения и присутствие разнонаправленных трендов в физической активности в сравнении с 1988 г.

Заключение. Установили, что среди женщин в возрасте 25-44 лет имеет место положительная динамика профилактики факторов риска ССЗ. Но несмотря на это, половина женщин негативно оценивают свое здоровье и незначительно используют ресурсы здравоохранения. Отметим увеличение частоты курения, улучшение профиля пищевого поведения и противоречивые тренды в физической активности.

Поздняя кожная порфирия как редкий случай внепечёночных проявлений хронического гепатита С (описание клинического наблюдения)

Гендриксон Л.Н., Хайменова Т.Ю., Винницкая Е.В.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва

Цель работы: показать особенности клинического течения и успешный результат симптоматического лечения больного тяжёлой формой поздней кожной порфирии как внепечёночного проявления хронического гепатита С. Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение за больным Ш. 45 лет, поступившим в 2016 г. с жалобами на потемнение кожных покровов, распространённый кожный зуд, высыпания на открытых частях тела, боли в правом подреберье и в области высыпаний, похудение на 4 кг за 2 месяца, нарушение сна, суицидальные настроения. Из анамнеза: впервые вирусный гепатит С диагностирован в 1990 г. Противовирусная терапия (ПВТ) не проводилась. В 2014 г. на коже после инсоляции появились единичные везикулярные высыпания, которые в дальнейшем прогрессировали. В биохимических анализах крови отмечался умеренный цитолитический синдром. По данным УЗИ – гепатоспленомегалия. Повышенное содержание общих порфиринов в моче (9194 nmol/l). Клинический диагноз: Хронический гепатит HCV этиологии, За генотип, низкая вирусная нагрузка, умеренная биохимическая активность, степень фиброза F2 Meiaivig по данным фиброзластометрии печени. Осложнение. Поздняя кожная порфирия. Проводилась терапия гепатопротекторами, антибиотиками, местно применялись мази, содержащие кортикостероиды, пациент круглосуточно находился в затемнённом помещении. Результаты. Достигнут положительный клинический эффект: купирован болевой, астенический синдромы, нормализовались показатели цитолитического и холестатического синдромов. Снизилось содержание общих порфиринов в суточной моче (до 500 nmol/l). Кожная сыпь регрессировала. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Выводы. Для закрепления достигнутой ремиссии показано этиотропное лечение основного заболевания – эрадикация вируса гепатита С. Рекомендовано срочное проведение противовирусной терапии препаратами прямого противовирусного действия, не обладающими иммуностимулирующими эффектами (ингибиторы NS5A – белка; NS5B- полимеразы).

Вклад ожирения в прогрессирование остеоартроза

Георгинова О.А.

Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Цель работы: рассмотреть известные факты об ОА и ожирении, обсудить современные представления о звеньях патогенеза двух заболеваний, показать, что снижение массы тела у пациентов с ожирением и ОА ведет к уменьшению клинических проявлений.

Ожирение один из широко распространенных факторов риска развития и прогрессирования остеоартрита (ОА). По влиянию на состояние здоровья ОА занимает среди всех заболеваний 4 место у женщин и 8-е у мужчин. В России, по данным ФГБНУНИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, ОА выявлен у 15 млн человек, и распространенность этого заболевания постоянно увеличивается. По данным ВОЗ (доклад 2013 года) количество людей страдающих ожирением с 1980 года удвоилось и теперь оценивается в 475 миллионов взрослых, и ещё 1 млрд. считается с избыточным весом. По данным 2013 г Международной Ассоциации по Изучению Ожирения (International Association for the Study of Obesity) количество взрослых страдающих ожирением превышает 600 миллионов человек. В большинстве стран Европы ожирением страдает 20-30% пожилых людей, а в Соединенных Штатах Америки их количество составляет около 35%. Особую обеспокоенность вызывает рост частоты ожирения у детей и подростков, ведь избыточная масса тела в детстве – это значимый предиктор ожирения во взрослом возрасте. Связь между ОА и ожирением хорошо установленный факт, но, несмотря на большой объем публикаций по этому вопросу, все еще сохраняются пробелы в понимании патогенеза ОА, в частности не до конца понятна роль адипоцитарного фактора – лептина в развитии ОА.

Частота встречаемости эозинофилии при хронической обструктивной болезни легких

Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Демчук Е.А.

Пензенский государственный университет, Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза

Цель: изучить частоту встречаемости фенотипа ХОБЛ с эозинофилией и влияние его на риск повторных обострений и госпитализаций. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 102 историй болезни больных ХОБЛ (без бронхиальной астмы), лечившихся в отделении пульмонологии ПОКБ им. Н.Н. Бурденко г. Пензы в 2017 году, которые разделены на 2 группы – без эозинофилии и с эозинофилией (>2% эозинофилов в крови). Оценивались демографические данные, индекс курящего (ИК), качество жизни (тест CAT, степень одышки по шкале mMRC), функция внешнего дыхания (постбронходилатационный ОФВ1 и тест Тиффно), сатурация кислорода (SpO2), частота обострений и госпитализаций за предшествующий госпитализации год, лабораторные показатели (количество лейкоцитов, нейтрофилов, эозинофилов, СРБ) и виды терапии на амбулаторном этапе. Полученные данные обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0. Результаты. Группа пациентов с эозинофилией крови (группа 2) составила 44 пациента (43,1%) от общего количества, все мужчины в возрасте 62,8±7,1 года, длительностью заболевания 21,4±8,6 года, стажем курения 40,5±11,2 года, ИК=55,2±12,1 пачка/лет, что статистически не отличалось от группы без эозинофилии (группа 1). Индекс CAT был немного выше в группе 2 (18,2±3,2), по сравнению с группой 1 (17,3±3,9), mMRC=2,1±0,3 в обеих группах. ОФВ1 (38,7±16,5 и 40,0±17,8) и тест Тиффно (54,4±9,3 и 56,4±10,2) в 1 и 2 группах соответственно, были несколько ниже, но не достоверно, в группе без эозинофилии. Статистически значимое различие получено по SpO2 – ниже в группе 1 (92,5±4,1 и 94,04±2,4; p=0,016), но в этой группе отмечалось повышение уровня СРБ (12,6±3,2 и 3,9±0,5; p<0,00001), лейкоцитов крови (10,3±3,6 и 8,8±2,7; p<0,01), нейтрофилов крови (66,0±10,3 и 58,3±7,1; p<0,0001), лейкоцитов в мокроте (14,1±2,1 и 10,1±2,3; p<0,00001), а в группе 2 был выше уровень эозинофилов крови (5,4±2,3 и 1,4±0,8, p<0,00001) и эозинофилов в мокроте (17,3±5,6 и 5,3±1,1; p<0,00001), по сравнению с группой 1. У пациентов 2 группы наблюдались более частые обострения (2,5±0,7 и 2,3±0,5; p=0,05) и

частота госпитализаций $1,5 \pm 0,7$ и $1,4 \pm 0,4$; $p=0,19$). По видам терапии обе группы мало отличались друг от друга. В обеих группах в большом проценте случаев пациенты получали комбинацию ДДБА и ИГКС (75,9% и 81,8%; $p=0,23$), ДДАХ (37,9% и 45,5%; $p=0,21$), ДДБА/ДДАХ (3,4% и 4,5%; $p=0,39$) в 1 и 2 группах соответственно, хотя пациентам 1 группы (без эозинофилии) назначение ИГКС в большинстве случаев не требовалось. Выводы. Таким образом, эозинофильный тип воспаления при ХОБЛ широко распространен и по нашим данным диагностирован у 43,1% пациентов. При эозинофильном фенотипе ХОБЛ чаще наблюдались обострения и госпитализации, что позволяет использовать его в качестве биомаркера обострения и целесообразности назначения ИГКС/ДДБА.

Гемодинамические эффекты экстрасистолии как предиктор развития и прогрессирования атеросклероза

Германова О.А., Германов А.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Большинство современных исследований по изучению процессов развития и прогрессирования атеросклероза преимущественно направлены на изучение гуморальных и эндогенных факторов, не уделяя должного внимания механическим и кинетическим факторам. В связи с этим мы считаем актуальным определить влияние биомеханики и кинетики магистральных артерий при экстрасистолии на развитие и прогрессирование атеросклероза.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между наличием различных видов экстрасистолии и развитием и прогрессированием атеросклероза. Материал и методы. Обследовано 320 пациентов с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией. Мы проанализировали очередное, внеочередное сокращения и первое постэкстрасистолическое сокращения. Регистрировались сфигмограммы (СГ) и УЗДГ магистральных артерий сонной, лучевой, локтевой, бедренной, задней артерии голени. Выполнялась алекскардиография (АКГ) и ЭКГ. Объем сердечного выброса и трансмитральный кровотока оценивались с помощью ЭхоКГ. Для анализа кровотока определялись: пиковая скорость прямого кровотока, объем потока крови. Определялись основные параметры биомеханики сердца и кинетики магистральных артерий: скорость, ускорение, мощность и работа в каждую фазу сердечного цикла в систолу и диастолу по АКГ, а также в периоды преобладания притока над оттоком и в период преобладания оттока над притоком по СГ. Градация экстрасистол осуществлялась по моменту возникновения экстрасистол в кардиоцикле: 1) экстрасистолы до момента открытия митрального клапана; 2) экстрасистолы, возникающие в фазу быстрого наполнения до пика трансмитрального кровотока; 3) экстрасистолы, возникающие в фазу быстрого наполнения после пика трансмитрального кровотока; 4) экстрасистолы, возникающие в фазу медленного наполнения желудочков; 5) другие (алгоритмии, групповые). Результаты и выводы. В первом постэкстрасистолическом сокращении наблюдалось возрастание всех параметров гемодинамики (скорость, ускорение, мощность, работа) с закономерностью: чем раньше экстрасистола возникает в кардиоцикле, тем большее изменение этих параметров наблюдается. Гемодинамические эффекты первого постэкстрасистолического сокращения:

1. Дополнительное растяжение артерий во время первой постэкстрасистолической волны давления. Форменные элементы крови не касаются стенок артерий и мест разветвления артерий, а ударная волна является травмирующим агентом. Дополнительное растяжение создает условия для острой и хронической травматизации артерий. 2. Механическое повреждение эндотелия и, как следствие, возникновения

процесса отложения ЛПНП. «Слабые места» – это места наибольшего воздействия постэкстрасистолического гидравлического удара: дуга аорты по большому радиусу, бифуркация ОСА, бифуркация аорты и далее по направлению тока крови по мере стихания ударной волны. 3. Из-за появления дополнительных волн от уже формирующейся атеромы возникновение стоячих волн, интерференции и дифракции. Формирование дополнительных локальных повреждений. Атерома деформируется, нарушается целостность покрывки, формируется осложнение атером: диссекция, пристеночный тромбоз гемодинамически значимых стенозов. Таким образом, участие первой постэкстрасистолической волны в формировании атеросклероза. Этап 1. За счет хронической травматизации формирование атером. Этап 2. Рост и распространение атеромы за счет дополнительных отраженных волн. Этап 3. Нестабильность бляшки, пристеночный тромбоз, эмболия. Расслоение аорты, формирование аневризм и разрывов аорты.

Сравнительные результаты тромболитической терапии в условиях первичного сосудистого центра

Гуривенко А.И., Низов А.А., Бороздин А.В., Беленикина Я.А., Бикушева И.В., Филимонова А.А.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Цель: изучить особенности течения инфаркта миокарда на госпитальном этапе на фоне тромболитической терапии (ТЛТ) различными тромболитиками в условиях первичного сосудистого центра.

Материалы и методы: проанализировано 124 истории болезни пациентов, поступивших в отделение неотложной кардиологии ГБУ РО ГКБ №11 в 2014-2015 годах с острым коронарным синдромом с подъемом ST ЭКГ и получавших ТЛТ. Период времени был выбран для максимально возможного уравнивания доли пациентов с различными тромболитическими препаратами. Диагноз устанавливали согласно принятым в стране рекомендациям. За указанный промежуток времени в клинике для проведения ТЛТ использовались стрептокиназа, альтеплаза и фортеплаза. Тромболитические препараты вводились в дозах, определенных согласно инструкции по применению. Кроме этого, все больные получали стандартную комплексную терапию, включавшую β -адреноблокаторы, нитраты, статины, ингибиторы АПФ, клопидогрель, ацетилсалициловую кислоту и гепарин по общепринятым схемам. Пациенты были разделены на 3 группы по применявшемуся тромболитику. 1 группу составили 53 человека (45 мужчин, 8 женщин, средний возраст $62,9 \pm 1,4$ лет), получавших ТЛТ альтеплазой. 2 группа сформирована 53 больными (39 мужчин, 14 женщин, средний возраст $60,1 \pm 1,7$ лет), которым вводился препарат фортеплаза. В 3 группу вошли 18 больных (8 мужчин, 12 женщин, средний возраст $79,1 \pm 1,1$ лет), которым для коронарной реваскуляризации применяли стрептокиназу. Учитывая заведомую разницу по эффективности и безопасности между стрептокиназой (препаратом I поколения) и современными фибринспецифическими тромболитиками II и III поколения, а также заметно меньший размер группы эти лица из сравнения были исключены. Полученные данные обрабатывали с помощью электронных таблиц (пакет MS-Office 2007) и программы Statistica 8.0 методами параметрической и непараметрической статистики с вычислением критерия Хи-квадрат Пирсона с поправкой Йейтса и точного критерия Фишера. Разница сравниваемых показателей считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты: Течение болезни у изучаемых больных характеризовалось следующими показателями. Сахарный диабет (в анамнезе или впервые выявленный): 1 группа – 15 пациентов (26,4%), 2 группа – 13 (22,6%); перенесенный ранее инфаркт миокарда: 1 группа – 8 (15,1%), 2 группа – 10

(18,9%); передняя локализация инфаркта: 1 группа – 29 (54,7%), 2 группа - 28 (52,8%); поражение задней стенки левого желудочка: 1 группа – 24 (45,3%), 2 группа - 25 (47,2%); хроническая сердечная недостаточность I стадии: 1 группа - 13 (24,5%), 2 группа - 12 (22,6%); IIa стадии: 1 группа - 31 (58,5%), 2 группа - 34 (64,2%); IIб стадии: 1 группа - 9 (17,0%), 2 группа - 7 (13,2%); пароксизмальная фибрилляция предсердий: 1 группа - 11 (20,8%), 2 группа - 5 (9,4%). Сроки проведения ТЛТ составили в 1 группе 4,9±0,4 часов, во 2 группе - 4,1±0,3. Эффективная ТЛТ (оцененная по общепринятым ЭКГ критериям) отмечена у 37 больных (69,8%) в 1 группе и у 35 (66,0%) – во 2 группе. Реперфузионные аритмии в 1 группе наблюдались у 2 (3,8%) человек и во 2 группе – только у 1 пациента (1,9%). Других осложнений ТЛТ не было. По всем изучаемым пунктам достоверной разницы между группами не было. В 1 группе скончались 8 человек (15,1%), во 2 – 3 (5,7%). Данное различие было недостоверно, но следует отметить тенденцию к меньшей летальности во 2 группе ($p=0,1006$). Выводы: в условиях первичного кардиоцентра ТЛТ характеризуется достаточной эффективностью и хорошей безопасностью. При этом применение фортеплазе отличается несколько лучшими результатами. Скорее всего, это обусловлено его фибринспецифическими свойствами. Фортеплазе является лекарством отечественной разработки и производства, что делает его препаратом выбора в контексте импортозамещения.

Изучение показателей микроциркуляторного русла у пациентов с острым коронарным синдромом и относительно здоровых добровольцев

Глова С.Е., Хаишева Л.А., Самакаев А.С., Суроедов В.А., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону

Цель исследования: изучить показатели микроциркуляторного русла у пациентов с острым коронарным синдромом и относительно здоровых добровольцев.

Материалы и методы. В исследование было включено 106 человек: 78 пациентов с диагнозом ОКС и 28 относительно здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов составил 64,1±0,6 года и колебался в диапазоне от 36 до 93 лет. Диагноз ОКС устанавливали в соответствии с современными рекомендациями ВНОК, ЕОК. Показатели микроциркуляторного русла определяли с помощью ультразвукового компьютеризированного доплерографа для исследования кровотока Минимакс-доплер-К, ООО СП «Минимакс», г. Санкт-Петербург, датчиком 20 МГц в области ногтевого валика третьего пальца кисти. Для статистической обработки использовали прикладной пакет программ Statistica 6.0. Различия средних значений и наличие корреляционных связей считали статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Рассмотрение линейных скоростей кровотока по кривой максимальной скорости показывает, что уровень максимальной систолической скорости (V_s) статистически значимо выше (на 20%) у больных по сравнению с относительно здоровыми и особенно высок в группе стандартной терапии. Примерно на том же уровне находятся различия по средней скорости (V_m) между группами – средний уровень этого показателя у больных ниже на 25%. Наибольшие отличия наблюдаются по уровню конечной диастолической скорости (V_d). Хотя отличие между подгруппами больных по этому показателю не существенно, его среднее значение в группе здоровых выше практически на 50%. Рассмотрение линейных скоростей кровотока по кривой средней скорости показывает более высокие отличия между группами. Наибольшая разница в значениях как для систолической (V_s), так и для диастолической (V_d) и средней (V_m) скоростей имеется между группами больных и здоровых. При этом последние два показателя практически неразличимы по своим

средним в подгруппах больных и заметно выше по сравнению с группой здоровых (в 5 раз и в 2 раза, соответственно). Однако различие между группой ОКС и относительно здоровыми добровольцами по показателю V_m значимо, в отличие от различия по V_d . Систолическая скорость по кривой средней скорости выше в группе больных (на 30%), и не зависит от наличия тромболитической терапии. Хотя значимость различий между больными и здоровыми по показателям V_s достоверна с уровнем $p=0,04$. Таким образом, достаточно вероятно, что при увеличении выборки, возможна фиксация различия в рассматриваемых группах и с меньшим уровнем значимости.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что пациенты с ОКС имеют высокие линейные скорости кровотока в микроциркуляторном русле, особенно явно отличия прослеживаются по максимальной и средней систолическим скоростям.

Инновационные методы в организации управления медицинским процессом в консультативной поликлинике ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Глуценко Н.П.

Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск

Современная медицина Ульяновской области динамично и бурно развивается. Ее стремительное совершенствование ставит данную отрасль науки на самые передовые позиции развития региона. Несомненно, это непосредственно связано с социальным аспектом самой медицины. Инновации в медицине с каждым днем и часом все больше и больше влияют на качество получения медицинской помощи. Консультативная поликлиника Ульяновской областной клинической больницы является одной из первых в области, где реализуются и широко внедряются новые разработки и инновационные достижения в организации управления медицинским процессом, которые выводят информатизацию здравоохранения на новый уровень развития, положительно сказываясь на всех аспектах ее деятельности. Работа модуля «Электронная амбулаторная карта», которая не возможна без полностью компьютеризированных рабочих мест врачей и медицинских сестер, позволяет быстро и удобно вносить информацию о пациенте, дает возможность формировать различную медицинскую документацию, что полностью привело к созданию единого 100% медицинского электронного документооборота. Модуль «Выписки листов нетрудоспособности» позволяет вести учет по открытию, продолжению и закрытию больничного листа пациентам и сотрудникам ГУЗ УОКБ. В совокупности с данными электронной амбулаторной карты позволяет оценить обоснованность выдачи больничного листа и проведение лечебно-диагностических мероприятий. С помощью модуля «Вакцинопрофилактика» ведется индивидуальная карта прививок сотрудников, где регистрируются медицинские отводы и отказы от вакцинации, ведется индивидуальное планирование прививок по национальному календарю, также позволяет получить данные о проведенных прививках всех пациентов обратившихся в ГУЗ УОКБ. Модуль «Персонализированный учет лекарственных средств» позволяет осуществлять полноценный контроль поставок медикаментов, дает возможность оперативно контролировать лечебный процесс и выполнение лечебных стандартов в части назначения лекарств. Помогает отследить движения лекарственных средств и изданий медицинского назначения от их заказа у поставщика до момента списания на пациента, с возможностью контроля на любом этапе. Модуль «Медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина» позволяет автоматически заполнять медицинское

заключение о состоянии здоровья гражданина на основании переноса данных из электронной амбулаторной карты, заключения врачей лабораторных диагностических служб, лабораторий, что существенно сокращает время работы с медицинской документацией, и в то же время архивирует данные приема. Применение систем PACS ставит работу ЛПУ на принципиально новый качественный уровень, отвечающий современным взглядам на организацию лечебно-диагностического процесса: повышает качество диагностики, за счет снижения количества ошибок при оценке второго экспертного мнения (в среднем до 50%), сокращает время ожидания результатов исследования, за счет работы в цифровом формате, внедрения единых протоколов исследования, предоставляет возможность удаленной постановки диагноза и проведения консультаций, предоставляет возможность экономии средств на расходные материалы (пленка и химреактивы), а также на содержание больших пленочных пожароопасных архивов. Модуль «Лабораторная информационная система» ускоряет работу медицинской сестры, и направляет исходные данные в лаборатории, также позволяет получать данные лабораторного обследования сразу после окончания работы анализаторов лаборатории в режиме онлайн в электронную амбулаторную карту, позволяет архивировать данные и сохранять их в течение длительного времени. В начале 2018 г. в консультативной поликлинике внедрена новая инновационная диагностическая технология – виртуальная колонофиброскопия, с помощью которой врач может неинвазивно увидеть очаги поражений и кровотечений, рассмотреть стенки кишечника и выявить патологические изменения и опухоли. При этом пациент не испытывает стресса, дискомфорта и болезненных ощущений как при КФС. Внедрение телемедицинских технологий позволяет осуществить регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в любой точке области и передать ЭКГ на любое расстояние для анализа квалифицированным специалистом с целью снижения догоспитальной летальности.

Коморбидность у пациентов с онкологическими заболеваниями

Гончарова Ю.К., Курмуков И.А., Давыдова Л.В., Светанкова А.А., Сандомирская А.П., Кашия Ш.Р.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва

В настоящее время большое внимание при лечении онкологических пациентов уделяется отдельным коморбидным состояниям: сердечно-сосудистой, легочной, неврологической и эндокринной патологиям. Однако общее влияние коморбидности на стоимость и исходы лечения онкологических заболеваний в отечественных исследованиях до настоящего времени не прослежено. Представлены пилотные данные исследования коморбидности в онкологии.

Цель исследования. Оценить наличие и выраженность коморбидной патологии у взрослых пациентов, впервые обратившихся за специализированной помощью в онкологическую клинику.

Материалы и методы. Простое проспективное наблюдательное исследование в период с 2 июля 2018 года по 31 июля 2018 года было проведено на базе отделения госпитальной терапии и функциональной диагностики. В указанный период в отделении было осмотрено 674 пациента, в том числе 372 (55,2%) первичных (не получавших ранее противоопухолевого лечения) и соответствующих критериям включения. Сопутствующая патология больных оценивалась индексом коморбидности Charlson (ИК), модифицированным по возрасту (по 1 баллу на каждые 10 лет жизни после

50 лет). Учитывали 14 сопутствующих состояний и заболеваний: инфаркт миокарда (ИМ), застойная сердечная недостаточность, атеросклеротическое поражение периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, нарушение мозгового кровообращения, хронические неспецифические заболевания легких, сахарный диабет 2 типа и его выраженность, хроническая болезнь почек с уровнем креатинина более 265 мкмоль/л, выраженность печеночной недостаточности, язвенная болезнь желудка, выраженность онкологического заболевания, деменция или болезнь Альцгеймера, коллагеноз, синдром приобретенного иммунодефицита. Дополнительные показатели (артериальная гипертензия, трофические язвы и целлюлит, депрессия, прием антикоагулянтов) регистрировали, но в расчет суммарного индекса не включали. Всем больным проводили общеклиническое и лабораторное обследование в соответствии с принятыми национальными стандартами.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $59,45 \pm 12,63$, 53% женщин и 47% мужчин. Среднее значение ИК Charlson и стандартное отклонение составили $5,55 \pm 2,52$ (медиана 5, 1-ый и 3-ий квартиль 4 и 7 соответственно). У 81,5% пациентов ИК составил 4 и более баллов. У 172 пациентов зафиксированы крайне высокие значения ИК (более 5 баллов, что соответствует 10-летней выживаемости менее 2,5%), однако у 102 из них это определялось исключительно выраженностью онкологического заболевания. Артериальная гипертензия отмечена у 63% пациентов (в оценку ИК не входила). На втором и третьем месте по частоте встречаемости были цереброваскулярные заболевания и сахарный диабет 2 типа – 17% и 14% пациентов соответственно.

Обсуждения и выводы. В исследованной когорте отмечен высокий индекс коморбидности, превышающий известные популяционные данные (Marengoni A. и соавторы, 2011) по выраженности коморбидной патологии в соответствующих возрастных группах. Отчасти это связано с тем, что ИК учитывает онкологические заболевания (имевшиеся у всех пациентов в нашем исследовании), отчасти – с относительно высокой частотой цереброваскулярной патологии и сахарного диабета. Выявленные закономерности требуют дополнительной проверки на большей выборке пациентов. Очевидно, необходимо также провести последующий анализ влияния коморбидной патологии на результаты противоопухолевого лечения.

Оценка сосудистого возраста у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени

Горбачева Е.Е., Ермоленко А.А., Туркина С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Целью данного исследования стало определение сосудистого возраста у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). В задачи исследования входило определение пятилетнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений на основе определения сосудистого возраста у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени.

Материалы и методы. В исследование вошло 30 пациентов (10 мужчины и 20 женщин) в возрасте от 49 до 67 лет (средний возраст пациентов составил $58,7 \pm 5,1$ лет) и НАЖБП, диагностированной по данным ультразвукового исследования. Сосудистый возраст пациента определяли по модификации системы ASCORE, предложенной D. Agostino R., et al. (2008) при помощи калькулятора приложения для смартфонов ADVANT AGE с последующей оценкой 5-летнего риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Расчет сосудистого возраста пациента проводился с учетом пола,

возраста, статуса курения, наличия у пациента сахарного диабета, уровней артериального давления, общего холестерина и холестерина липопротеидов высокой плотности в сыворотке крови. Обработку результатов проводили с привлечением встроенных функций программы Statistica 7.0.

Результаты. Средний сосудистый возраст пациентов, включенных в исследование составил 59,2±4,9 лет. По данным оценки 5-летнего риска ССО только у 10% пациентов был отмечен низкий риск ССО, который составил 1,96±0,4%. 70% пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени имели средний риск ССО (3,6±1,1%). У 20% пациентов был отмечен высокий риск развития ССО (6,8±2,9%).

Выводы. Таким образом, у 90% пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени отмечен средний и высокий 5-летний риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Полученные результаты определяют необходимость обязательного расчета сосудистого возраста у пациентов с НАЖБП для дальнейшего решения вопроса о проведении профилактических мероприятий по предотвращению этих осложнений у этой категории пациентов.

Многолетняя динамика распространенности факторов риска кардиоваскулярной патологии у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда

Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Година З.Н., Епифанов С.Ю., Тханг Н.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Лечебно-реабилитационный центр, Санкт-Петербург, Москва

Цель работы. Оценить закономерности выявления факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин моложе 60 лет при инфаркте миокарда (ИМ) за период 2000-2015 гг.

Материал и методы. Изучены результаты обследования 566 мужчин 19-60 лет (средний возраст – 52,9±7,8 лет), жителей Санкт-Петербурга, получавших стационарное лечение по поводу ИМ в 2000-2015 гг. При работе с больными учитывали состояние, способствующие развитию ИМ или провоцирующие его возникновение. Из показателей липидного обмена анализировали уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой (ЛНП), высокой (ЛВП) и очень низкой (ЛОНП) плотности, коэффициент (КА) и индексы (ОХ/ЛВП, ЛНП/ЛВП) атерогенности. Параметры обмена веществ определяли в первые 48 часов ИМ (1) и в конце третьей недели заболевания (2). Сезонные изменения изучали, разделяя случаи по климатическим периодам на основании значений среднесуточной температуры воздуха метеостанции Санкт-Петербурга. Показатели сравнивали на основе критериев Манна-Уитни, Хи-квадрат, Краскела-Уолеса с апостериорным критерием и Вилкоксона. Для оценки многолетних изменений все случаи распределили на периоды, I: 2000-2005 (251 наблюдение), II: 2005-2010 (224) и III: 2010-2015 гг. (91), которые анализировали с помощью метода временных рядов.

Результаты. Распространенность ФР ССЗ среди обследованных оказалась очень высокой. Преобладали атерогенные дислипидемии (97%), гиподинамия (81%), курение (80%), артериальная гипертензия АГ (68%) и ожирение (48%) а сахарный диабет (18%) и дисфункцию почек (ДП, 15%) наблюдали значительно реже. Из дополнительных ФР наиболее частыми оказались (очаги хронических инфекций (61%), злоупотребление алкогольными напитками (31%) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в анамнезе (42%). Динамика этих показателей по периодам наблюдений характеризовалась разнонаправленно. В первые 48 ч ИМ уровни ОХ, ЛНП, КА, ЛНП/ЛВП и ОХ/ЛВП в III период оказались ниже, чем

в первый, а ТГ, ЛНП, ЛНП/ЛВП – ниже, чем во второй. В то же время, ЛВП увеличивался от I к III периоду (I-II, II-III, p<0,05). Значения ЛОНП снижались от I ко II периоду, а в III оказались выше, чем во II (p<0,05). Частота АГ и ее кризового течения не имела динамики по изученным периодам, при этом показатели артериального давления (АД) в первые часы заболевания увеличивались от I к III периоду (I-II, I-III, p<0,05). Распространенность курения возрастала (I-II, I-III, p<0,05), вместе с долей длительно курящих пациентов (I-III, II-III p<0,05), а частота пациентов с ХСН в анамнезе уменьшалась (I-II, I-III p<0,05). Вместе с тем выявление очагов инфекций (преимущественно, внутренних органов) повышалось. Максимальная частота злоупотребляющих алкоголь выявлена во II периоде (I-II, p<0,05). При анализе временных рядов статистически значимые отрицательные линейные тренды получены для ДП (-0,003; R²=9%), ХСН в анамнезе (-0,01; 17%), ЛНП1 (-0,02), КА1 (-0,03), ОХ1/ЛВП1 (-0,03), ЛНП1/ЛВП1 (-0,03; 12-13%), ОХ2 (-0,03), КА2 (-0,1), ОХ2/ЛВП2 (-0,1; 22-23%), ЛНП2/ЛВП2 (-0,2; 41%) и ЛНП2 (-0,2; 62%). Значимые положительные тренды выявлены для ЛВП1 (0,003; 8%), скорости клубочковой фильтрации (СКФ)1 (0,03; 14%), среднего АД1 (0,3; 14%), глюкозы2 (0,02; 24%), ЛВП2 (0,003; 12%), СКФ2 (0,3; 16%). При этом сезонные закономерности подтверждены для большинства факторов риска. Более значимыми они оказались для, очагов инфекций (R²=11%; p<0,05), ДП (29%; p<0,0001), ожирения (p<0,001), ХСН в анамнезе (p<0,001), ТГ1 (p<0,0001), КА1 (p<0,0001), ОХ1/ЛВП1 (p<0,001), КА2 (p<0,01), ОХ2/ЛВП2 (p<0,01), ОХ2 (21-27%; p<0,001), среднего АД1 (30%; p<0,0001), ЛНП2 (67%; p<0,0001), ЛОНП2 (51%; p<0,05), ЛНП2/ЛВП2 (47%; p<0,0001), глюкозы2 (34%; p<0,0001), мочевой кислоты2 (59%; p<0,01), СКФ2 (29%; p<0,001).

Выводы. Частота выявления ФР ССЗ у мужчин моложе 60 лет с ИМ достигает трех и более на пациента. Преобладают атерогенные дислипидемии, низкая физическая активность, курение, АГ, очаги хронических инфекций и ожирение, а сахарный диабет и ДП наблюдается значительно реже. За период наблюдения отмечена значимая динамика нарастания показателей АД, частоты курения, инфекций внутренних органов и уменьшения частоты ХСН в анамнезе. Сезонным изменениям более подвержены дислипидемии, гипергликемии, уровни мочевой кислоты, нарушения функции почек, частота выявления очагов инфекций, ожирения и проявлений АГ. Полученные данные помогают определить основные направления профилактики ИМ на фоне изменений в лечении этого заболевания последних лет.

Оценка геометрии левого желудочка у реципиентов трансплантатов печени в отдаленном послеоперационном периоде

Григоренко Е.А., Руммо О.О., Митьковская Н.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Цель исследования – определить типы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у реципиентов трансплантатов печени в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследуемую когорту было включено 250 реципиентов, перенесших ортотопическую трансплантацию печени. Сформированы две группы сравнения из пациентов, сопоставимых с реципиентами трансплантатов органов по возрасту, половому составу и традиционным факторам кардиоваскулярного риска, имеющих метаболический синдром (МС; группа сравнения I) и/или хроническую ишемическую болезнь сердца (ИБС) (группа сравнения II). Период

наблюдения составил $5,4 \pm 3,29$ года. Структурные и гемодинамические параметры сердца исследовали методом эхокардиографии М-, В-модальном и цветном доплеровском режимах с использованием спектрального тканевого доплера на аппарате Vivid-7 производства General Electrics (США). Геометрическая модель левого желудочка определялась в исследуемых группах по сочетанию показателей индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ, г/м²; вертикальная ось), индекса конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ (горизонтальная ось) и индекса относительной толщины стенок (ИОТС) ЛЖ, измеренных в М-режиме. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6 (StatSoft, США).

Результаты и их обсуждение. В исследуемой когорте реципиентов трансплантатов печени в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с пациентами с МС и/или ИБС из общей популяции была выявлена меньшая доля лиц с нормальной геометрией ЛЖ. В структуре ремоделирования преобладали дезадаптивные формы: доля реципиентов трансплантатов печени с МС, имеющих прогностически неблагоприятную форму ремоделирования миокарда ЛЖ, составила 50,4% против 25,0% в группе сравнения I ($p < 0,01$), при наличии у реципиентов печеночного трансплантата ИБС – 58,5% против 37,5% в группе сравнения II ($p < 0,05$). В структуре дезадаптивных нарушений геометрической модели у реципиентов трансплантатов печени с МС чаще выявлялась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ и концентрическое ремоделирование ($p < 0,01$), с ИБС – эксцентрическая и дилатационная ($p < 0,01$) гипертрофия ЛЖ. Установлено, что у реципиентов трансплантатов печени в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с исходными результатами обследования на этапе их включения в лист ожидания отмечалось увеличение размеров левых камер сердца (объем левого предсердия $39,9 \pm 15,94$ мл и $65,19 \pm 7,23$ мл соответственно, $p < 0,01$; индекс КДО $72,2 \pm 3,19$ мл/м² и $83,1 \pm 3,18$ мл/м² соответственно, $p < 0,05$), ИММЛЖ ($111,4 \pm 4,54$ г/м² и $128,9 \pm 32,04$ г/м² соответственно, $p < 0,05$) и ИОТС ($0,35 \pm 0,01$ и $0,48 \pm 0,12$ соответственно, $p < 0,05$), уменьшение диаметра нижней полой вены ($24,3 \pm 3,17$ мм и $17,2 \pm 3,46$ мм соответственно, $p < 0,05$) и индекса объема правого предсердия ($62,3 \pm 11,76$ мл/м² и $26,4 \pm 4,23$ мл/м² соответственно, $p < 0,01$). Положительная динамика размеров правого предсердия и нижней полой вены впервые отмечалась через 12 месяцев после проведенной операции и сохранялась в течение пяти лет наблюдения за реципиентами исследуемой субкогорты. При анализе диастолической функции миокарда у реципиентов трансплантатов печени с ИБС и/или МС по сравнению с показателями пациентов из общей популяции установлено уменьшение скорости потока периода раннего наполнения и отношения E/A трансмитрального кровотока, увеличение времени замедления раннего трансмитрального диастолического потока и изоволюметрического расслабления левого желудочка. Доля реципиентов трансплантатов печени с МС и ИБС, у которых были выявлены диагностические критерии диастолической дисфункции левого желудочка, оказалась выше в исследуемой субкогорте, чем в общей популяции (70,7% и 57,5% соответственно, $p < 0,05$). Применение метода 2D-Speckle Tracking Imaging позволило выявить достоверное снижение глобальной систолической продольной деформации правого желудочка по сравнению с пациентами общей популяции с МС ($-17,6 \pm 1,48\%$ и $-23,4 \pm 1,07\%$ соответственно, $p < 0,01$) и ИБС ($-16,4 \pm 1,61\%$ и $-22,1 \pm 1,54\%$ соответственно, $p < 0,01$), что свидетельствовало о сохранении дисфункции субэндокардиальных волокон миокарда правого желудочка после проведенной ортотопической трансплантации печени.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об обратном развитии проявлений цирротической кардиомиопатии у реципиентов трансплантатов печени и появлении признаков ремоделирования левого желудочка в отдаленном послеоперационном периоде.

Диагностика скрытой артериальной гипертензии и «гипертонии белого халата» и их связь с поражением органов-мишеней

Григоричева Е.А., Бондарева Ю.Л.

Южно-Уральский медицинский университет, Челябинск

Цель исследования. Выявить частоту скрытой артериальной гипертензии (САГ) и «гипертонии белого халата» и ассоциированный с ними сердечно-сосудистый риск среди практически здоровых мужчин в возрасте 40-49 лет с нормальным (НАД) и высоким нормальным АД (ВНАД) и сопоставимой с ними группой с повышенным АД.

Материал и методы. Проведено одномоментное сплошное исследование 414 мужчин в возрасте 40-49 лет, 332 человек без признаков артериальной гипертензии по данным офисного измерения артериального давления и 82 с признаками артериальной гипертензии. Проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), оценка факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и поражения органов-мишеней.

Результаты. Распространенность САГ среди мужчин в возрасте 40-49 лет при сплошном исследовании составила 19%, среди группы с ВНАД – 24%, в группе с НАД 13%. У пациентов с ВНАД наличие признаков САГ по данным СМАД регистрируется у четверти пациентов и ассоциировано с наличием структурно-функциональных изменений в сердце (наличие гипертрофии левого желудочка – ГЛЖ, увеличение левого предсердия, нарушение систолической и диастолической функции по данным тканевой доплерографии), сосудах (увеличение толщины сосудистой стенки – ТИМ, нарушение релаксации плечевой артерии) и состояния почек. Распространенность ГЛЖ среди пациентов с нормальным уровнем АД составила 5%, среди пациентов с высоким уровнем АД – в четыре раза больше – 21% (χ^2 с поправкой на правдоподобие 4,46, $p < 0,05$). Частота увеличенной свыше 0,9 мм ТИМ составила в группе верифицированной АГ 27%, при нормальном уровне АД – 10% (χ^2 с поправкой на правдоподобие 4,46, $p < 0,05$). Таким образом, СМАД является методом стратификации риска и отбора пациентов на углубленное исследование именно в случае высокого нормального офисного уровня АД. У пациентов с нормальным уровнем офисного АД наличие признаков САГ в профиле СМАД ассоциировано с начальными проявлениями сердечно-сосудистого ремоделирования. Частота ГЛЖ и утолщения ТИМ не превышала статистической погрешности. Обнаруженные изменения в виде нарушенной функции миокарда и функции эндотелия не изменили принципиально сердечно-сосудистого риска и тактику ведения пациентов. Распространенность гипертрофии левого желудочка среди пациентов с ГБХ составила 8%, среди пациентов с высоким уровнем АД 26% (χ^2 4,9, $p < 0,05$). Частота увеличенной свыше 0,9 мм толщины сосудистой стенки составила в группе ГБХ группе 11%, в сопоставлении с верифицированной АГ – 28% (χ^2 3,9, $p < 0,05$). По сравнению со здоровой когортой, у пациентов с ГБХ показатели индекса массы миокарда левого желудочка и толщины стенки общей сонной артерии были значимо выше. Распространенность ГБХ среди мужчин с артериальной гипертензией в возрасте 40-49 лет при сплошном исследовании составила 36%. Распространенность факторов риска, показатели липидно-метаболических нарушений меньше среди пациентов с ГБХ по сравнению с пациентами с доказанной по результатам СМАД повышенным уровнем АД. Нормальные показатели СМАД ассоциированы с уменьшением частоты ГЛЖ и изменений сосудистой стенки. У пациентов с ГБХ в сопоставлении с показателями здоровой когорты отмечается формирование гипертонического типа ремоделирования. Таким образом, проведение СМАД выявляет скрытую артериальную гипертензию высокого риска, сопровождающуюся реакцией органов-мишеней, главным образом среди пациентов с высоким нормальным

артериальным давлением. Нормальные показатели СМАД ассоциированы с уменьшением частоты ГЛЖ и изменений сосудистой стенки. У пациентов с ГБХ в сопоставлении с показателями здоровой когорты отмечается формирование гипертонического типа ремоделирования.

Особенности поражения сердца и сосудов при фенотипических маркерах соединительно-тканной дисплазии в различных возрастных и клинических группах

Григоричева Е.А., Гессен Г.Р., Гафаров Д.А.

Южно-Уральский медицинский университет, Челябинск

Цель. Выявить маркеры дисплазии соединительной ткани у пациентов в возрастном аспекте и сопоставить их с эхокардиографическими проявлениями поражения сердца.

Материалы и методы. Обследовано четыре группы пациентов. 200 детей в возрасте 6 лет, 200 детей в возрасте 14 лет, 200 человек в возрасте 20-24 года, 120 человек в возрасте 50-49 лет. Первые две группы составили дети, включенные в программу всеобщей диспансеризации, третью – студенты 6 курса Медицинского университета без признаков заболевания сердечно-сосудистой системы. Четвертую группу составили пациенты кардиологического отделения Клиники ЮУГМУ (60 человек) с атеросклерозом сонных и коронарных артерий и лица без заболеваний сердечно-сосудистой системы (60 человек). Методами исследования явились: 1) выявление маркеров соединительно-тканной дисплазии и Гентских критериев синдрома Марфана, балльная оценка синдрома гипермобильности суставов и позвоночника, эхокардиография для выявления пролапса митрального клапана (ПМК), открытого овального окна (ООО), дополнительных хорд левого желудочка (ДХЛЖ), эктазии аорты, кальциноза клапанного аппарата сердца, аортальных пороков. Результаты. Наиболее частыми маркерами во всех исследованных группах явились воронкообразная грудная клетка, длинные конечности, нарушения соотношений лицевой части черепа, реже регистрировались сандалевидная щель на стопе, килевидная грудная клетка, высокое небо, нарушения роста зубов. Нарушения осанки достоверно чаще встречались у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Частота гипермобильности суставов была максимальной в детском возрасте (45%) и достоверно снижалась к 14 годам (18%), Наиболее распространенными эхокардиографическими проявлениями СТД в детском возрасте являлись ПМК 1-2 степени с явлениями регургитации, ООО и ДХЛЖ, ассоциированные в основном с фенотипическими маркерами СТД. В подростковом возрасте частота ПМК и их гемодинамическая значимость достоверно снижалась, ООО практически не регистрировалось, и выявлялась ассоциация с синдромом гипермобильности суставов. У пациентов с атеросклеротическим поражением сердца и сонных артерий достоверно чаще встречались сколиозы и деформации грудной клетки (размах рук больше роста – 16%, указательный палец больше безымянного – 14%, плоскостопие – 12%, халюз вальгус – 14%, сандалевидная щель – 6%, сколиоз – 24%, деформация грудной клетки – 30%), что предполагает дополнительный фактор риска ССЗ у пациентов с СТД в виде пространственного несоответствия сердца и грудной клетки Пациенты с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий отличались наличием висцеральных маркеров СТД, а именно наличием грыж и варикозно расширенных вен, и симптомов со стороны органа зрения. Наиболее частыми маркерами пациентов отделения сосудистого профиля явились варикозная болезнь нижних конечностей, геморрой, плоскостопие, миопия, реже регистрировались аркавидное небо с окучиванием зубов, деформация черепа и грудной клетки, сандалевидная

щель. С поражением аортального клапана ассоциировались различные формы поражения грудной клетки (воронкообразная и килевидная грудная клетка, сколиозы) и наличие деформации стопы ($r=0,28-0,39$). Соотношение длины рук к длине тела является риском развития эктазии аорты. Плоскостопие, сандалевидная щель на стопе, деформации грудной клетки увеличивают риск и тяжесть аортальной недостаточности. Извитость внутренних сонных артерий ассоциирована с деформациями стопы ($r=0,34$). Пациенты с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий отличались наличием висцеральных маркеров СТД, а именно наличием грыж и варикозно расширенных вен ($r=0,31$) и симптомов со стороны органа зрения ($r=0,32$), что предполагает дополнительный фактор риска ССЗ у пациентов с СТД в виде пространственного несоответствия сердца и грудной клетки.

Выводы: 1. По мере формирования атеросклеротических изменений и артериальной гипертензии у пациентов с фенотипическими маркерами СТД нарастают явления поражения аорты с формированием эктазии аорты, стеноза и недостаточности аортального клапана. 2. По мере увеличения возраста при сохранении частоты фенотипических маркеров СТД уменьшаются проявления гипермобильности суставов и повышается значимость нарушений осанки и висцеральных проявлений синдрома.

Особенности патологии сердца у пациентов с системным амилоидозом

Григорьева Е.В., Волошинова Е.В.

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

Введение. Амилоидоз – термин, объединяющий группу заболеваний с большим разнообразием клинических проявлений. Поражение сердца часто является доминирующим органом-мишенью при системном амилоидозе и определяет неблагоприятный прогноз.

Цель исследования. Изучить особенности патологии сердца у пациентов с системным амилоидозом, находившихся на лечении в ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с амилоидозом, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» в 2009-2015 гг. Всего 37 пациентов: у 21 вторичный АА-амилоидоз (9 женщин и 12 мужчин), у 13 первичный AL-амилоидоз (4 женщины и 9 мужчин), у 3-х периодическая болезнь, АА-амилоидоз (1 женщина и 2 мужчин). Средний возраст при AL-амилоидозе 54,1 года, при АА-амилоидозе 57,2 лет. Диагноз был подтвержден морфологически у всех больных.

Результаты. Поражение сердца отмечалось у 29 больных (78,4%). При AL-амилоидозе в 11 случаях из 13 (85%); при АА-амилоидозе в 15 случаях из 21 (71%), при периодической болезни у 3 больных (100%). Ведущее клиническое проявление – тяжелая застойная сердечная недостаточность, трудно поддающаяся стандартной терапии (при AL-амилоидозе – 72,7%; АА-амилоидозе – 52,9%). У 41,4% больных отмечались симптомы ишемической болезни сердца (при AL-амилоидозе – 45,4%; АА-амилоидозе – 41,2%). Также у 86,2% пациентов (при AL-амилоидозе – 90,9%; АА-амилоидозе – 82,3%) в течение длительного времени имелась артериальная гипертензия, которая с развитием амилоидоза трансформировалась в гипотонию в 31% случаев (при AL-амилоидозе – 45,4%; АА-амилоидозе – 23,5%). По данным ЭКГ при AL-амилоидозе наблюдалась гипертрофия миокарда левого (в 81,8%) и правого (в 27,2%) желудочков. Поражение проводящей системы выявлялось в 54,5% случаев, было представлено в 50% неполной, а в 33,3% полной блокадой правой ножки пучка Гиса; в 33,3% нарушением внутрижелудочковой

проводимости. Нарушение ритма наблюдалось в 18,2% случаев (в 100% предсердная экстрасистолия). При АА-амилоидозе гипертрофия миокарда левого (в 94,1%) и правого (в 5,9%) желудочков. Поражение проводящей системы в 41,2% случаев, было представлено в 14,3% неполной, в 14,3% полной блокадой правой ножки пучка Гиса; в 28,6% нарушением внутрижелудочковой проводимости и в 14,3% атриовентрикулярной блокадой I-II ст. Нарушение ритма выявлено в 23,5% случаев (25% предсердная и 50% желудочковая экстрасистолия). По данным ЭхоКГ при АА-амилоидозе отмечалась гипертрофия миокарда левого (в 81,8%) и правого (в 27,2%) желудочков с нарушением функции диастолического расслабления (в 100%), с развитием относительной недостаточности митрального и трикуспидального клапанов I-II степени в 47%. Поражение перикарда – 17,6% случаев, уплотнение листков, их адгезия (в 100%), а также накопление незначительного количества жидкости в полости перикарда (в 66,7%). В случае АА-амилоидоза наблюдалась гипертрофия миокарда левого (в 94,1%) и правого (в 5,9%) желудочков с нарушением функции диастолического расслабления (в 100%), с развитием относительной недостаточности митрального и трикуспидального клапанов I-II ст в 54,5%. Поражение перикарда наблюдалось в 36,4% случаев, было представлено уплотнением листков, их адгезией (в 100%), а также накоплением незначительного количества жидкости в полости перикарда (в 50%). По данным лабораторных исследований отмечалось повышение уровня холестерина крови при АА-амилоидозе и АА-амилоидозе в 72,7 % и 47 % случаев соответственно. Летальный исход во время нахождения на стационарном лечении отмечен у двух больных с АА-амилоидозом и двух с АА-амилоидозом, причиной смерти послужила прогрессирующая сердечная недостаточность. Средняя продолжительность жизни среди них с момента установления диагноза составила 1,5 года.

Выводы. Поражение миокарда с одинаковой частотой отмечалось у больных с АА- и АА-амилоидозом, 85 и 71% соответственно. Ведущим клиническим признаком поражения миокарда являлась прогрессирующая сердечная недостаточность. По данным ЭхоКГ в 100% случаев отмечалось нарушение функции диастолического расслабления миокарда, что по всей вероятности определяло развитие и прогрессирование тяжелой, резистентной к терапии хронической сердечной недостаточности. Поражение миокарда у больных как с АА-, так и с АА-амилоидозом являлось прогностически неблагоприятным признаком и при отсутствии почечной недостаточности служило причиной летального исхода.

Сравнительный анализ использования различных критериев эффективности терапии ревматоидного артрита

Гриценко О.Д., Шестерня П.А.

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Актуальность. Согласно современной стратегии «достижения цели» лечения ревматоидного артрита (РА) оценка ремиссии или низкой активности заболевания (РЕМ/НАЗ) является ключевой в эффективности проводимой терапии. Для оценки достижения РЕМ/НАЗ разработаны различные индексы, каждый из которых имеет свои ограничения. Актуальность поиска наиболее надежных методов определения эффективности лечения определяется, в том числе, высокой стоимостью биологической и таргетной терапии.

Цель. Сравнить различные калькуляторы активности РА в достижении РЕМ/НАЗ на фоне терапии ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ИФНО- α).

Материалы и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование первого полугодия терапии РА различными ИФНО- α . В анализ

были включены 47 пациентов (7 мужчин и 48 женщин) в возрасте 51 [41; 56] лет, не получавших ИФНО- α ранее. Терапия включала: инфликсимаб (ИНФ) – 8 больных; адалимумаб (АДА) – 10; этанерцепт (ЭТЦ) – 29. Активность заболевания оценивалась с помощью следующих калькуляторов: DAS28-СРБ, SDAI, CDAI, суммарно по всем перечисленным шкалам и критерию Boolean. Статистическая значимость различий ($p < 0,05$) для качественных показателей оценивалась по критерию хи-квадрат.

Результаты. После полугодия терапии РЕМ/НАЗ по DAS28-СРБ, SDAI, CDAI была достигнута соответственно у 57,4%; 65,9%; 72,3% пациентов ($p > 0,05$). Частота развития ремиссии по DAS28-СРБ составила 40,4%; SDAI и CDAI были равными 17,0% ($p = 0,012$); суммарно по всем трем шкалам и критериям Boolean – 14,9% ($p = 0,006$). Частота развития ремиссии, рассчитанная с помощью калькулятора DAS28-СРБ, была статистически значимо выше этого показателя, основанного на расчетах остальных индексов.

Выводы. Определение ремиссии в оценке достижения эффекта терапии РА должно основываться на вычислении, как минимум, двух индексов. Использование только одного, наиболее распространенного калькулятора DAS28-СРБ, может сопровождаться занижением уровня активности РА.

Микробиом - точка терапевтического воздействия в лечение остеоартроза

Гульнева М.Ю., Носков С.М.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Современное лечение остеоартроза представляет собой индивидуальный комплекс медикаментозных и немедикаментозных воздействий. Наличие у пациентов неблагоприятного полиморбидного фона в некоторых случаях ограничивает применение традиционных терапевтических средств, что определяет важность изучения новых возможностей лечения. Микробиом кишечника влияет на метаболический потенциал хозяина и на его врожденную и адаптивную иммунную систему. Представляет интерес перспектива модифицирующего воздействия на микробиом с целью уменьшения хронического воспаления.

Цель. Изучение микробиоты открытых биотопов и оценка клинического и микробиологического ответа на пробиотические препараты у больных остеоартрозом.

Материалы и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 98 женщин в возрасте от 43 до 73 лет (средний возраст $59,78 \pm 7,78$ лет) с первичным остеоартрозом (ОА) коленных суставов. Группу сравнения составили 40 практически здоровых лиц. Среди обследованных больных преобладали пациентки с избыточным весом, средний ИМТ составил $31,61 \pm 7,76$ кг/м². Индекс массы тела более 30 кг/м² отмечался у 46,94% больных. Интенсивность боли в коленных суставах при ходьбе оценивали по ВАШ, средние значения составили $53,87 \pm 12,67$ мм. При рентгенографии коленных суставов I стадия гоноартроза по классификации Kellgren и Lawrens наблюдалась у 26,5%, II стадия — у 35,7%, III стадия — у 37,8%. С использованием бактериологического метода изучена микрофлора кишечника с определением её видового и количественного состава в Ig КОЕ / г испражнений, видовая характеристика микрофлоры слизистой оболочки носа и мочи. Больным ОА, у которых на основании клинического обследования и данных микробиологического исследования выявлен синдром «дисбактериоз кишечника», в комплексном лечении был рекомендован 20-дневный курс, включавший применение Бифидобактерии лонгум + Энттерококкус фециум (Bifidobacterium longum + Enterococcus faecium) и сиропа лактулозы в средних терапевтических дозировках. Обследование больных проводилось до начала лечения и через 14 дней после окончания приема препаратов.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что у 75,38% больных ОА были обнаружены микробиологические изменения микрофлоры толстого кишечника с преобладанием нарушений II степени. Характерным для микробиоценоза кишечника больных ОА являлось обнаружение сниженных титров бифидобактерий. У больных заметно возрасла пропорция транзиторных условно-патогенных микроорганизмов (условно-патогенных энтеробактерий, стафилококков, кишечных палочек с измененными свойствами, грибов рода *Candida*). При этом условно-патогенные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* обнаруживали в моче и на слизистых оболочках носа, что характеризовало возможную транслокацию бактерий из кишечника больных. Выявлено существенно повышенная колонизация слизистой оболочки носа бактериями родов *Klebsiella* ($p < 0,05$). При ОА в моче больных обнаруживались условно-патогенные бактерии кишечной группы и энтерококки. Проведении коррекции дисбиоза у больных ОА приводило к существенному снижению частоты обнаружения и количества условно-патогенные бактерии при значительном увеличении в составе кишечной микрофлоры количества бифидобактерий, лактобактерий и типичных кишечных палочек. После применения пробиотиков снизилась колонизация слизистых оболочек носа и мочи условно-патогенные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* и *S. aureus*, что может свидетельствовать о подавлении процессов транслокации условно-патогенных микроорганизмов. Продемонстрирован клинический эффект в отношении кишечных проявлений дисбиоза у пациентов с ОА. Показана возможность позитивного корректирующего воздействия на микробиом пациентов с ОА. Использование пробиотиков и пребиотиков у больных с ОА имеет теоретическое и практическое обоснование и может являться новым терапевтическим подходом, требующим дальнейшего изучения.

Выводы. 1. Дисбиоз кишечника является распространенным клинико-лабораторным синдромом у больных ОА. 2. Использование пре- и пробиотиков в комплексной терапии ОА оказывает нормализующее влияние на микробный статус и клинические проявления дисбиоза и позволяет обосновать их применение в качестве новых терапевтических стратегий.

Качество жизни пациентов, получающих заместительную почечную терапию в Северном регионе

Долгополова Д.А., Малашенко С.М.

Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут

Цель исследования: определить особенности качества жизни (КЖ) пациентов, получающих заместительную почечную терапию в северном регионе.

Материал и методы. В исследование было включено 64 пациента в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст $57,3 \pm 7,4$ лет), получавших лечение не менее 3 месяцев. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1 (женщины – $n=36$ (56,3%), мужчины – $n=28$ (43,7%) ($p > 0,05$)). Средняя продолжительность диализного периода составила $6,3 \pm 3,1$ лет. Основным методом исследования послужил опросник *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™)*, который включает 36 общих вопросов и 43 специальных вопроса. В 2006 г. И. А. Васильевой была выполнена адаптация и валидизация русской версии опросника *KDQOL-SF™*, являющегося одним из наиболее полных специфических опросников, охватывающим все аспекты диализной терапии. Систематизацию и расчет материала выполняли с применением пакета программ *IBM SPSS Statistics 22*.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов в когорте обследуемых вне

зависимости от диализного стажа и пола было выявлено снижение в общих шкалах КЖ по сравнению с общепопуляционными данными, однако эти различия оказались сопоставимы ($p > 0,05$). Наиболее выраженные изменения в сравнении с общепопуляционными были получены по шкалам физического компонента («Физическое функционирование», «Физическо-ролевые ограничения», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Витальность»), а также «Общая оценка здоровья», «Общее восприятие здоровья». Наиболее высокие показатели были отмечены по шкалам «Социальное функционирование», «Боль». Установлено, что у пациентов наблюдались низкие показатели почечно-специфических шкал: «Трудоспособность», «Обременённость хронической болезнью почек (ХБП)», а также дополнительных шкал – «Общее восприятие здоровья», «Удовлетворенность медицинской помощью». У мужчин значительно ниже, чем у женщин оказалась только шкала «Общее восприятие здоровья» ($p=0,05$). Однако, в отличие от проведенных ранее исследований, шкалы «Сексуальные функции» и «Ощущение социальной поддержки», как и показатели всех остальных шкал, а также суммарных физического и психологического компонентов были сопоставимы ($p > 0,05$). Также мы оценили показатели КЖ в зависимости от стажа диализной терапии. В 1-й группе пациентов с диализным стажем до 1 года наблюдались самые низкие значения в шкалах: «Физическо-ролевое ограничение», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Физический компонент здоровья», «Сексуальные функции», «Трудоспособность» и «Обременённость ХБП», и, напротив, самые высокие значения в шкалах: «Поддержка диализным персоналом», «Ощущение социальной поддержки», «Качество социального взаимодействия». Эти изменения вполне объяснимы появлением в жизни пациентов новой процедуры, от которой они становятся зависимы, что вызывает эмоциональные и физические неудобства, которые, благодаря высококвалифицированной работе диализного персонала и социальной поддержки со временем нивелируются. Во второй группе пациентов с диализным стажем от 2-х до 5-ти лет по сравнению с 1-й группой нарастает «Обременённость ХБП», по-прежнему остается низкой «Трудоспособность», однако, значительно возрастают «Сексуальные функции». В 3-й группе (диализный стаж 6–10 лет) большинство показателей общих и специфических шкал являлись самыми высокими, с достоверной разницей в шкалах «Обременённость ХБП» ($p < 0,001$) и «Трудоспособность» ($p=0,028$). В группе пациентов с диализным стажем более 11 лет (4-я группа) почти во всех шкалах показатели КЖ были ниже по сравнению с 2-й и 3-й группой. Заключение. Таким образом, проведенные исследования показывают, что у больных на программном ГД, проживающих в северных широтах, отмечается сопоставимое с общепопуляционными данными снижение в общих шкалах КЖ. У пациентов всех групп, вне зависимости от пола, возраста и диализного стажа, снижение КЖ происходит преимущественно за счет физического компонента. У пациентов на ГД наблюдаются также низкие показатели почечно-специфических шкал: «Трудоспособность», «Обременённость ХБП», а также дополнительных шкал: «Общее восприятие здоровья». У мужчин значительно снижается в отличие от женщин только шкала «Общее восприятие здоровья» ($p=0,05$). Выявлено резкое снижение КЖ у больных с диализным стажем до 1 года и свыше 10 лет.

Полиморфизм rs9939609 гена FTO и пищевой термогенез макронутриентов

Егоренкова Н.П., Сорокина Е.Ю., Погожева А.В., Соколов А.И., Батурин А.К.

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Санаторий «Ревиталь Парк» Московская область, Москва

В настоящее время пищевой термогенез (ПТ) представляет большой интерес как метаболический показатель. Известно, что ПТ зависит не только от химического состава пищи и его количества, но и от индивидуальных особенностей организма, в частности, генетической предрасположенности. Полиморфизм rs9939609 гена FTO на сегодняшний день является наиболее изученным геном-кандидатом ожирения. Представлялось интересным изучение ассоциации ПТ с полиморфизмом аллеля rs9939609 гена FTO. Цель: изучение ассоциации полиморфизма аллеля rs9939609 гена FTO с пищевым термогенезом.

Методы исследования. В исследовании принимали участие 120 человек, жителей Московского региона, РФ. Исследование ПТ проводили методом непрямой калориметрии с помощью мобильного метаболога VO2000 (MedGraphics, США) с авторским программным обеспечением BREEZE. ПТ определяли, как разницу между обменом покоя натощак и после пищевой нагрузки. У всех обследованных была проведена идентификация полиморфизма rs9939609 гена FTO. ДНК выделяли из крови стандартным методом с использованием сорбента и набора реагентов «ДНК-сорб-С», производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва. Для генотипирования полиморфизма rs9939609 FTO гена применяли мультиплексную аллель-специфичную амплификацию с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК. Для проведения анализа использовали амплификаторы «Биометра», Германия и RotorGene-6000, Австралия.

Результаты. У лиц с гомозиготным типом ТТ аллеля rs9939609 гена FTO отмечались более низкие показатели ПТ макронутриентов (белка – 31,8% по калорийности, жира – 9,61%, углеводов – 18,9%), по сравнению с обследованными, имеющими гомозиготный тип АА (белок – 37,2%; жир – 11,0%; углеводы – 21,9%). При этом у лиц с гомозиготным типом АА rs9939609 гена FTO по сравнению с диким генотипом ТТ было выявлено достоверно ($p < 0,05$) более высокое значение пищевого термогенеза белков (на 17%). Была проанализирована частота встречаемости генотипов и мутантного аллеля rs9939609 гена FTO у лиц с высоким и низким термогенезом белков, жиров и углеводов. Носительство аллеля А в гомозиготном состоянии (генотип АА) по сравнению с генотипом ТТ было статистически значимо связано с высоким ПТ белка – $OR=4,8$; $CI (1,07-21,4)$ при $p=0,03$. Аллель А изучаемого полиморфизма был ассоциирован с высоким уровнем ПТ белка – $OR=1,91$, $CI (0,99-3,69)$, $p=0,049$, и ПТ углеводов – $OR=2,2$; $CI (1,12-4,43)$, $p=0,02$. Частота встречаемости аллеля А в группе с высоким ПТ жира была также выше (но не достоверно), чем в группе с низким ПТ жира – $OR=1,49$; $CI (0,78-2,87)$, $p=0,23$.

Заключение. Полиморфизм rs9939609 гена FTO ассоциирован с пищевым термогенезом всех макронутриентов. Наличие мутантного аллеля rs9939609 гена FTO в гомозиготном состоянии по сравнению с диким генотипом проявляется достоверно более высоким (на 17%) пищевым термогенезом белка.

Качество жизни у женщин с ревматоидным артритом в зависимости от наличия тревоги и депрессии

Егорова Е.В., Романова Т.А., Никитина Н.М., Ребров А.П.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Цель: оценить качество жизни больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия тревоги и депрессии.

Материалы и методы. В исследовании включены 76 женщин с РА (возраст $54,1 \pm 11,1$ года, продолжительность заболевания – 8 [4;14]

лет, индекс активности ревматоидного РА- DAS28 – $5,12 [4,38;5,77]$). Оценку выраженности тревоги и депрессии проводили с помощью опросника HADS, оценку качества жизни – с использованием индексов HAQ и EQ-5D.

Результаты. Индексы HAQ и EQ-5D у женщин составили $1,22 [0,75;1,75]$ и $0,42 [0,12;0,62]$, соответственно. Выявлены взаимосвязи между HAQ и выраженностью тревоги ($r=0,29$, $p < 0,05$), депрессии ($r=0,3$, $p < 0,05$), индексом EQ-5D и выраженностью тревоги ($r=0,33$, $p < 0,05$), депрессии ($r=0,36$, $p < 0,05$). Для уточнения взаимосвязи между качеством жизни пациентов и уровнем депрессии и тревожности больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, продолжительности и активности заболевания: группа 1 – без тревожно-депрессивных расстройств ($n=34$) и группа 2 – с их наличием ($n=29$). Индекс EQ-5D был ниже в первой группе, чем во второй ($p=0,001$) и составил в первой группе $0,526 [0,52;0,69]$, в группе с наличием тревожно-депрессивных расстройств – $0,256 [-0,02;0,52]$. Индекс HAQ у женщин без тревожно-депрессивных расстройств составил $1,1 [1;2]$, с тревожно-депрессивными расстройствами – $1,48 [0,625;1,5]$ ($p < 0,05$).

Заключение. У пациентов РА с наличием тревожно-депрессивных расстройств качество жизни ухудшается.

Оценка терапии с включением таурина на функциональное состояние почек у больных с неалкогольной жировой болезнью печени и ожирением

Ермоленко А.А., Горбачева Е.Е., Туркина С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Целью настоящего исследования явилась оценка скорости клубочковой фильтрации у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и ожирением на фоне 24-недельной терапии таурином. В задачи исследования входило изучение корреляционных взаимосвязей между выраженностью фиброза печени и снижением скорости клубочковой фильтрации у пациентов с НАЖБП, а также оценка влияния терапии таурином на скорость клубочковой фильтрации у этой категории пациентов. Материалы и методы. В исследование вошло 60 пациентов (24 мужчины и 36 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст пациентов составил $58,7 \pm 5,1$ лет) с НАЖБП, диагностированной по данным ультразвукового исследования. Всем пациентам проводилась оценка индекса фиброза печени NFS (Paul Angulo, Jason M. Hui, Giulio Marchesini, et al. 2007). Оценка скорости клубочковой фильтрации (pСКФ) проводилась расчетным методом по формуле CKD-EPI. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек, сопоставимые по возрасту, полу, индексу NFS. В основную (1-ю) группу вошли пациенты, находящиеся на базовой терапии НАЖБП (диетические рекомендации в сочетании с дозированной физической нагрузкой), принимавшие в течение 24 недель таурин в суточной дозе 1000 мг. Пациенты контрольной (2-й) группы соблюдали рекомендации по физической нагрузке и диете. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием функций Microsoft Excel 2010. Вычисляли среднее значение исследуемых величин (M), среднее квадратическое отклонение (σ) для каждого показателя. Статистически значимыми считали отклонения при $p < 0,05$. Полученные результаты. Исходно pСКФ у пациентов с НАЖБП оказалась сниженной и составила $68,34 \pm 12,76$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ и коррелировала со степенью выраженности фиброза печени ($r = -0,6$, $p < 0,05$). На фоне 24-недельной терапии с включением таурина

отмечено достоверное увеличение скорости клубочковой фильтрации с $66,99 \pm 13,61$ мл/мин/ $1,73$ м² до $72,84 \pm 15,77$ мл/мин/ $1,73$ м². В то время как в контрольной группе рСКФ за период 24 недельного наблюдения практически не изменилась ($67,84 \pm 12,42$ мл/мин/ $1,73$ м² и $69,73 \pm 14,22$ мл/мин/ $1,73$ м² соответственно).

Выводы. Отмечено снижение рСКФ у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, коррелирующее с расчетным индексом фиброза печени NFS. Отмечено достоверное увеличение расчетной скорости клубочковой фильтрации при приеме таурина в дозе 1000 мг в сутки при его использовании в терапии НАЖБП.

Лабораторные маркеры миеломной нефропатии при впервые выявленной множественной миеломе

Ефимова Л.П., Зинина Е.Е., Кабанова Е.Н.

Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут

Цель: провести оценку лабораторных маркеров миеломной нефропатии при впервые установленном диагнозе множественной миеломы.

Материал и методы: исследование проведено на базе Центра клинико-диагностического гематологии Сургутской окружной клинической больницы. Изучены данные медицинских карт пациентов, госпитализированных в 2012-2017 гг. Всего 31 пациент, мужчин 15, женщин 16. Возраст от 39 до 74 лет, медиана возраста 55 лет. Всем пациентам было проведено обследование в соответствии с Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению множественной миеломы (2014). Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по CKD-EPI. Статистическая обработка данных проведена с использованием Statistica 6.0.

Результаты: большинство пациентов были в 3 стадии заболевания – по критериям ISS 25 человек были в 3 стадии, по 3 пациента в 1 и 2 стадии. При этом белок Бенс-Джонса в моче был отрицательным у 14 больных (73,7%). Суточная потеря белка с мочой больше 1 грамма в сутки была лишь у 11 пациентов (58%), только у одного пациента она была более 3 граммов в сутки, у 4 больных (24%) белок в моче не определялся. Нарушение функции почек выявлено у 17 пациентов (89%), при этом большее количество больных имели снижение скорости клубочковой фильтрации (84%), чем нарушение азотовыделительной функции почек (58%). Методом иммунофиксации в моче были определены свободные легкие цепи каппа у 14 больных, лямбда - у 7 больных, двойной М-градиент – у 1 больного.

Выводы: лабораторные маркеры миеломной нефропатии имеют значительный разброс значений, иногда оставаясь в пределах референтных значений в продвинутой стадии заболевания. Отсутствие протеинурии при миеломной нефропатии может сопровождаться нарушением функциональной способности почек.

Холтеровское мониторирование ЭКГ в оценке некоторых показателей вегетативной нервной системы у больных сахарным диабетом

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

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

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

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

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

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

Применение пептидного биорегулятора (кортексин) в комплексном лечении артериальной гипертензией с дисциркуляторной энцефалопатией

Ефремушкин Г.Г., Подсонная И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул

Цель исследования: изучить влияние пептидного биорегулятора кортексина на АД и когнитивные функции у больных АГ с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ).

Материал и методы. Обследовано 165 пациентов в возрасте от 39 до 60 ($46,4 \pm 1,0$) лет с АГ 1-2 степени (степ.) в сочетании с ДЭ I-II стадии (ст.): АГ 1 степ. – 24,8%, 2 степ. – 75,2%; ДЭ I ст. – 38,2%, II ст. – 61,8%. Дон начала лечения АД max. Составило $157,7 \pm 7,3$ мм рт.ст., АД min. $100,2 \pm 5,6$ мм рт.ст. Длительность течения АГ – 11-14 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – 55 человек получали кортексин по 10 мг внутримышечно (в/м) в течение 10 дней, 2-я – 50 человек по 10 мг в/м 20 дней, 3-я – получала только базисную гипотензивную терапию.

Через 6 месяцев 1 и 2 группы делились на подгруппы «а» и «б»: для «б» проводился повторный курс лечения идентичный первому, остальным базисная антигипертензивная терапия. У больных контролировалось АД, проводилось нейропсихологическое тестирование на всех этапах лечения. Результаты. После 1-го 10-дневного курса лечения кортексином АДтах снизилось на 4,8%, АДmin – на 4,2 ($p < 0,001$), после 20 дневного – на 8,1% и 7,5% соответственно. У лиц 3-й группы АДтах и АДmin снизился на 2% ($p < 0,05$). Спустя 6 месяцев после первого курса лечения кортексином в 1-1 группе АДтах было ниже исходного значения на 3,6%, АДmin – на 4,3%, во 2-й группе – на 6,9% и 7,1% ($p < 0,001$) соответственно. В 3-й группе уровень АДтах и АДmin существенно не отличался от исходных показателей. После 1-го курса лечения кортексином отмечен умеренный регресс когнитивной дисфункции у лиц 1-й группы, выраженный у лиц 2-й группы и незначительный а 3-й группе. Повторный курс лечения кортексином через 6 месяцев сопровождался в 1б и 2б подгруппах снижением АДтах до $145,3 \pm 5,9$ мм рт.ст. и до $137,6 \pm$ мм рт.ст соответственно и АДmin до $93,3 \pm 3,4$ мм рт.ст. и $88,1 \pm$ мм рт.ст. соответственно. За последующие 6 месяцев (через 12 мес. от начала лечения) в подгруппах 1б и 2б АДтах и min сохранялось на уровне показателей непосредственно после второго курса лечения кортексином. У больных в подгруппах «а» к концу года существенных изменений АД по сравнению с полугодовым периодом не наблюдалось. После повторного курса лечения кортексином в подгруппах «б», в большей степени в 2б, значительно повысились оперативность умственной деятельности и функции памяти. Через 12 месяцев нейродинамические когнитивные функции были улучшены по сравнению с исходным их значением по нарастающей в группах 1а, 2а, 1б и 2б, в 3-й группе значимых изменений не отмечено.

Заключение. Устойчивое снижение АД и коррекция когнитивных расстройств у больных АГ на фоне ДЭ наблюдается при комплексном лечении с применением кортексина в большей степени при двухэтапной методике.

Реакция артериального давления на физическую нагрузку у больных артериальной гипертензией женщин с различным психоэмоциональным фоном

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

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

Цель исследования: изучить реакцию АД на физическую нагрузку у больных АГ женщин с нормальным психоэмоциональным фоном (ПЭФ) и с субклинической депрессией.

Материал и методы исследования. Обследовано две группы больных: в I группу вошли 15 женщин, больных АГ II ст. (средний возраст $45,4 \pm 1,7$ лет) с нормальным психоэмоциональным фоном, вторую группу составили 14 женщин, больных АГ II ст., (средний возраст $46,7 \pm 1,3$ лет) с субклинической депрессией. В исследование включались больные, ранее не получавшие регулярную антигипертензивную терапию. 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. Во вторую исследовательскую группу включались больные АГ, у которых не менее чем по двум шкалам из трех выявлялась субклиническая депрессия. Всем обследуемым проводилось стандартное велоэргометрическое исследование с регистрацией АД на

всех ступенях нагрузки (25 Вт, 50 Вт и на высоте нагрузки – максимальная нагрузка, когда прекращалось проведение пробы) и в течение первой минуты после прекращения педалирования.

Результаты исследования. Исследование динамики АД на различных ступенях нагрузки при проведении велоэргометрии (ВЭМ) у больных АГ женщин с нормальным ПЭФ и с субклинической депрессией показало, что если до посадки на велоэргометр по уровню САД между двумя группами больных различий выявлено не было, то при посадке на велоэргометр (проба на реактивность) в группе женщин с нормальным ПЭФ САД возрастало, тогда как у больных АГ женщин с субклинической депрессией, напротив, снижалось по сравнению с исходным уровнем. В последующем при проведении ВЭМ на всех ступенях нагрузки и в течение первой минуты после прекращения педалирования САД у больных АГ с субклинической депрессией было значительно ниже уровня САД больных АГ с нормальным ПЭФ. На ступени нагрузки в 50 Вт уровень САД 160 мм рт.ст. и выше был отмечен у 60% больных АГ женщин с нормальным ПЭФ и только у 25% больных с субклинической депрессией ($\chi^2 = 3,83$; $p = 0,05$). Таким образом, реакция САД на физическую нагрузку свидетельствует об отсутствии адекватного гемодинамического обеспечения физической нагрузки у больных АГ женщин с субклинической депрессией. При проведении ВЭМ при нагрузке 50 Вт и на высоте нагрузки уровень ДАД в группе больных с субклинической депрессией был значительно ниже значений ДАД у больных АГ с нормальным ПЭФ ($\chi^2 = 5,760$; $p = 0,016$). Результатом изменений САД и ДАД во время проведения ВЭМ являлось изменение пульсового давления (ПД) в обеих исследуемых группах. У больных АГ женщин с субклинической депрессией при посадке на велоэргометр, на нагрузке 25 Вт, 50 Вт и на высоте нагрузки ПД было ниже, чем у больных с нормальным ПЭФ. Уровень ПД 60 мм рт.ст. и ниже на всех ступенях нагрузки, включая ПД при посадке на велоэргометр отмечался у 22,2% больных АГ первой группы и 43,3% больных второй группы ($\chi^2 = 4,879$; $p = 0,027$). Достоверно более низкое ПД на нагрузке 25 Вт, 50 Вт и на высоте нагрузки у больных с субклинической депрессией является неблагоприятным прогностическим признаком, поскольку отсутствие адекватного роста ПД при выполнении физической нагрузки препятствует выполнению дальнейшей нагрузки.

Значение патологии соединительно-тканного матрикса в развитии нейроциркуляторной дистонии

Захарьян Е.А.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Нейроциркуляторная дистония (НЦД), которой страдают 12-35% населения, – одно из наиболее распространенных функциональных заболеваний сердца, при котором практически отсутствует органический субстрат болезни. Данная патология проявляется в виде разнообразных форм, характеризующихся сочетанием многочисленных субъективных жалоб и клинических проявлений. В настоящее время большинство исследователей рассматривают НЦД как полиэтиологическое заболевание, в формировании которого принимают участие генетические и приобретенные факторы, имеющие как предрасполагающее, так и пусковое значение. Среди них: хронические и острые психогенные перегрузки, физическое перенапряжение, техногенные факторы современных коммуникационных систем, хронические и острые инфекции, сенсбилизация и др. Существенный вклад в формирование НЦД вносит нейроэндокринный дисбаланс в периоды гормональной перестройки (пубертатный период, беременность) и наследственно-

конституциональный фактор. При изучении вопросов этиологии и патогенеза НЦД становится очевидным наличие полиэтиологичности и мультифакторности механизмов развития болезни. Мы не исключаем, что для НЦД характерен единый патогенез развития, связанный с изменением функциональных свойств соединительно-тканного матрикса (СТМ), при развитии клинически значимой дисфункции одного или нескольких внутренних органов. Выделение в качестве патоморфологического субстрата НЦД изменений свойств СТМ позволяет характеризовать данную патологию как результат накопления экзо- и эндопатогенов в матриксе при вторичном усилении действия различных биологически активных веществ, сопровождающих реализацию в организме психоэмоциональных, физических, микробных, токсических и прочих воздействий и полагать наличие особенностей соединительной ткани органическим базисом патологии. Такой подход к оценке роли СТМ в развитии патологического процесса позволяет объяснить прослеживаемую в литературе устойчивую общность заболеваний, обусловленных поражением соединительной ткани и обозначенных как «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ). Целью данного исследования явилось исследование роли структурных нарушений в соединительно-тканном матриксе (СТМ) организма как локусе первичных нейрососудистых и нейроэндокринных взаимодействий. Нами обследовано 211 больных с целью выявления признаков ДСТ и вегетативных дисфункций. Склонность к вегето-сосудистым нарушениям отмечена у 64 больных (30,3%). У 44 больных (20,9%) выявлена артериальная гипотония. Наличие кардио-респираторных синдромов, исходная детренированность сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной системы организма, лабильность вегетативной нервной системы лежат в основе формирования астенического синдрома, встречающегося у абсолютного большинства пациентов с ДСТ. Наличие астении часто сочеталось с диспластикозависимыми косметическими синдромами: короткая шея была выявлена у 6 человек (2,8%), искривление носовой перегородки – 17 человек (8,1%), миопия – 25 человек (11,8%), близко расположенные глаза – 15 человек (7,1%), высокое «готическое» небо – 19 человек (9,0%), нарушение прикуса и роста зубов – 108 человек (51,1%), низкое расположение ушных раковин – 9 человек (4,3%), присосшие мочки – 40 человек (19,0%), очень маленькие ушные раковины – 11 человек (5,2%), лопухость – 32 человека (15,2%), диагональная бороздка на мочках – 14 человек (6,6%), клинодактилия – 41 человек (19,4%), арахнодактилия – 21 пациент (10%), нарушения осанки – 58 человек (27,5%), «санделевидная щель» – 32 больных (15,2%), деформация грудной клетки – 15 человек (7,1%). Данные обстоятельства формируют психологические особенности больных с ДСТ: сниженное настроение, потеря ощущения удовольствия и интереса к деятельности, эмоциональная лабильность, пессимистическая оценка будущего, нередко с идеями самобичевания и суицидальными мыслями, депрессивность, алекситимия, повышенная тревожность. Закономерным следствием психологического дистресса является ограничение социальной активности, ухудшение качества жизни и значительное снижение социальной адаптации. Возможно дальнейшее познание и раскрытие механизмов заболевания с учетом врожденных особенностей, в частности, диспластикозависимых, позволят усовершенствовать профилактику и повысить эффективность лечебных подходов при данной патологии.

К вопросу о ранней диагностики первичных опухолей головного мозга врачами первичного звена

Зенкина Т.А., Сафонова И.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования: Установление причин поздней диагностики и их взаимосвязи с клиническими проявлениями для дальнейшего повышения информированности врачей терапевтов и повышения качества ранней диагностики ОГМ.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 96 пациентов с ОГМ в Ростовской области в период с 2014 по 2017 годы. Анкетные данные включали возраст на момент диагноза, пол, описание клинических симптомов, неврологических нарушений, локализации и результатов гистологического исследования опухоли. Гистологическая классификация опухолей осуществлялась в соответствии с Международной классификацией онкологических болезней третьего издания. Нами выделены обстоятельства, которые присутствовали с самого начала появления первых симптомов до установления диагноза. В частности, мы обращали внимание на следующее: 1) неврологическое ухудшение без надлежащей медицинской помощи; 2) неоднократные посещения врача общей практики или госпитализация в стационары любого типа при отсутствии должного результата; 3) наличие классических симптомов повышенного внутричерепного давления, таких как утренняя головная боль и рвота; 4) наличие такого симптома, как сильная головная боль, которая сохранялась длительное время и была ошибочно диагностирована как психологическая проблема, без исключения органического происхождения; 5) наличие административных проблем, приведших к задержке выполнения необходимых визуализирующих исследований. Начальные симптомы регистрировались в большинстве случаев не менее чем из трех отдельных источников записи исходной клинической картины, основным из которых являлась медицинская документация. В тех случаях, когда преддиагностическое течение болезни было четким и детализированным, мы использовали информацию только из медицинских карт. Данные были систематизированы в FileMaker Pro 7 Inc. (США). Статистическую обработку результатов проводили с использованием Excel. В результате обследования выявлено: Наиболее частыми начальными симптомами были головная боль и рвота, которые наблюдались в 37 и 21 случаях соответственно. Атаксия и зрительные нарушения присутствовали в 14 случаях, моторный дефицит в 7, судороги в 15 случаях, изменения поведения и эндокринные нарушения по 2 случая. В 30 из 46 случаев начальные симптомы манифестировали в виде комплекса симптомов. Головная боль как единственный начальный симптом установлена в 6 случаях, атаксия – в 4, зрительные нарушения – в 3 случаях. Неврологическое и/или симптоматическое ухудшение от появления первых симптомов до диагноза отмечено в 34 случаях. При супратенториальных опухолях это наблюдалось в 21 случае, инфратенториальных опухолях в 15 случаях. Ухудшение симптомов в динамике зарегистрировано у 18 из 35 пациентов с доброкачественными опухолями и у 25 из 36 пациентов с злокачественными опухолями. В 28 случаях консультированы окулистом и 46 нейрохирургом. Нейровизуализация при первичном осмотре осуществлена в 58 случаях, из них в 10 случае по направлению терапевта, в 18 по направлению нейрохирурга и в 30 по решению невролога. В нейрохирургические отделения направлены 47 пациентов, из них терапевтом 2, нейрохирургом 30 и неврологом 15 человек. На консультацию к неврологу или на госпитализацию в неврологические отделения направлены 68 пациентов, 28 продолжили лечение с ошибочным диагнозом. В большинстве случаев при первом обращении консультированы терапевтом и неврологом. На этом этапе более двух третей пациентов продолжили лечение с ошибочным диагнозом. На следующем этапе диагностики большинство консультировано неврологом. Нейровизуализация на специализированном этапе осуществляется также недостаточно по направлению невролога и нейрохирурга. Четверть обратившихся продолжили амбулаторное наблюдение с ошибочным диагнозом.

Вывод. Результаты исследования показали, что распространенной проблемой является задержка в диагностике ОГМ. Для того чтобы сократить время диагностики терапевты и другие специалисты должны стремиться к повышению уровня информированности о симптомах, наблюдаемых при ОГМ. Проведение нейровизуализации необходимо при малейшем подозрении на ОГМ, для того чтобы предотвратить необратимые неврологические повреждения, а также для предотвращения ненужных расходов в системе здравоохранения. Образовательной задачей является обучение специалистов первичного звена навыку дифференцировки имеющихся симптомов, при наличии которых пациенты могут быть оставлены под наблюдением или должны немедленно быть направлены на нейровизуализацию.

Особенности центральной и внутрисердечной гемодинамики у молодых пациентов с идиопатической артериальной гипотензией

Зиц С.В., Ахметов И.Р., Курная И.В., Сарманаев С.Х.

Клиническая больница №123 Федерального научно-клинического центра физико-химической медицины ФМБА России, 72 центральная поликлиника МЧС России, Одинцово, Москва

Цель: изучить особенности структурно-функционального состояния сердца при идиопатической артериальной гипотензии (ИАГ) у молодых. Материалы и методы: обследовано 34 пациента с ИАГ (хронической артериальной гипотензией – офисное значение АД менее 95/60 мм рт.ст.) – 5 мужчин и 29 женщин, возраст 23,9±1,13 лет (M±m). 27 (79,4 %) из них указывали в анамнезеотягощенную наследственность по артериальной гипотензии, преимущественно (в 81,2% случаев) по материнской линии. Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц (3 мужчин и 9 женщин 24,7±1,17 лет) с оптимальным или нормальным уровнем АД. Оценку структурно-функционального состояния сердца проводили не менее чем после 10-минутного отдыха пациента. Применяли методы М- и В-эхокардиографии, импульсной и постоянно-волновой доплер-эхокардиографии (Д-ЭхоКГ). Измеряли конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) и прочие линейные параметры, рассчитывали показатели центральной гемодинамики (ЦГД) – ударный объем, фракцию выброса ЛЖ, сердечный индекс (УО, ФВ, СИ), массу миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ), а также величину общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

Результаты: КДР ЛЖ в группе ИАГ составил 4,5±0,19 см по сравнению с 5,1±0,21 см в контрольной группе (p<0,05); ММ ЛЖ соответственно 111±5,8 и 131±7,3 г (p<0,05). У пациентов с ИАГ отмечено преобладание гипокинетического типа ЦГД. Величины УО и СИ при ИАГ были снижены: 55±4,1 против 74±4,6 мл (p<0,01) и 2,1±0,17 против 2,8±0,18 л/мин/м² (p<0,01) в контрольной группе. ФВ ЛЖ, ОПСС и параметры Д-ЭхоКГ, включая динамику наполнения и время изоволюмической релаксации ЛЖ, показатели кровотока в выходном тракте правого желудочка сердца, в группе пациентов с ИАГ были не изменены.

Выводы: 1). Есть основания полагать, что в развитии ИАГ у молодых существенная роль должна быть отведена конституциональным особенностям структурно-функционального состояния сердца, в частности, малым размерам ЛЖ. 2). При ИАГ характерен гипокинетический тип ЦГД, обусловленный малым ударным объемом ЛЖ.

Профилактика ишемического инсульта как социально-экономическая проблема

Зоренко А.В., Мазуренко С.О., Ильина О.М., Максимов А.Д., Грузманов А.К., Гудкова Н.А.

Санкт-Петербургский государственный университет, Городская больница Святого Георгия, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы: Показатели заболеваемости и смертности от ишемического инсульта в России остаются очень высокими. Несмотря на социальную значимость заболевания, за последние годы не произошло существенного улучшения эпидемиологических показателей заболевания. Цели исследования. Выполнить анализ причин высокой заболеваемости и смертности от ишемического инсульта в Российской Федерации на примере одной больницы.

Материалы и методы: Исследовано 119 больных, проходивших лечение в отделениях реанимации и неврологии городской больницы Святого Георгия с диагнозом ишемический инсульт. Анализировались следующие факторы риска ишемического инсульта: избыточный вес, курение, атеросклероз сосудов головного мозга, мерцательная аритмия, сахарный диабет, дислипидемия, а также терапия, которую пациенты получали до момента поступления в стационар и приверженность пациентов к рекомендованной терапии. Все пациенты с мерцательной аритмией анализировались по шкале CHA2DS2-VASc.

Результаты: Из 119 пациентов, перенесших ишемический инсульт, у 78 человек (65%) имелись подтвержденные ультразвуковым исследованием атеросклеротические поражения брахиоцефальных сосудов. 29 пациентов (24%) страдали мерцательной аритмией, из них 24 никогда не принимали антикоагулянтов. Из пациентов, не принимавших антикоагулянты, также было трое с протезированными клапанами сердца, двое с постинфарктной аневризмой левого желудочка. При этом все пациенты с мерцательной аритмией в анамнезе имели более 4 баллов по шкале CHA2DS2-VASc. У 31 пациента (26%) был подтвержден диагноз – сахарный диабет 2 типа, у 6 пациентов (5%) – дислипидемия, а избыточный вес отмечался у 82% пациентов, у 38% всех пациентов индекс массы тела превышал 30 единицы, что соответствовало ожирению по критерию ВОЗ. Из 6 пациентов с установленным до поступления в неврологическое отделение диагнозом «нарушение липидного обмена» ни один не принимал статины. В результате устного опроса было выявлено, что только 22 (18%) пациента придерживались полноценной терапии основных заболеваний, 53 (44%) указывали на длительный стаж курения. 89% больных имели 2 и более фактора риска развития инсульта, при этом лишь 18% придерживались сколько-нибудь адекватной терапии на амбулаторном этапе. При этом многие пациенты часто принимали различные лекарства, руководствуясь собственными представлениями о необходимости лечения.

Обсуждение и выводы. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт, в основном имели сразу несколько хронических состояний, повышающих риск развития острого нарушения мозгового кровообращения. При этом лишь малая часть больных занималась профилактикой инсульта до его непосредственного развития. Ишемический инсульт стоит рассматривать не только как проблему своевременной диагностики и грамотной компенсации факторов риска, но и как интегральный показатель развития здравоохранения и отношения граждан страны к своему здоровью. Профилактика должна быть направлена на выявление факторов риска у пациентов и их коррекцию. Немаловажным аспектом профилактики нарушений мозгового кровообращения является выявление пациентов с высоким риском развития инсульта, оценка таких пациентов по шкале CHA2DS2-VASc или аналогичной, а также назначение антикоагулянтов пациентам группы высокого риска. В целом, учитывая схожие показатели

заболеваемости и смертности от ишемического инсульта в различных группах государств, можно сказать, что заболеваемость, диагностика и смертность от ишемического инсульта прямо зависят от социально-экономической системы страны. Огромное значение имеет охват населения амбулаторной помощью и диспансеризация. Задачей здравоохранения должна быть не только скорая помощь при развитии угрожающих жизни состояний, но и увеличение охвата населения поликлинической помощью, проведение диспансеризаций.

Управление здоровьем – формирование современной системы сохранения и укрепления здоровья

Зубарева Н.Н., Николаева И.В., Крылова Л.С., Андропова Е.А., Бабицын С.Н.

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, Областной центр медицинской профилактики, Белгород

В Белгородской области успешно реализуется новый социально значимый проект «Управление здоровьем», направленный на совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи и формирование у жителей региона ответственного подхода к собственному здоровью, потребности следить за ним не от случая к случаю, а системно. Философия проекта выражается в отказе от позиции медицинского патернализма и пациентской инфантильности в пользу партнерства. Анализ ситуации показал, что в решении общих задач сохранения здоровья решающая роль принадлежит первичной медико-санитарной помощи, так как именно на этом уровне через внедрение в практику офисов семейного врача при должной материальной и кадровой поддержке работа по профилактике и ранней диагностике заболеваний покажет самую высокую эффективность. В рамках реализации проекта в дополнение к федеральным нормативным правовым актам был сформирован пакет региональных правовых документов по совершенствованию организационной структуры и содержанию работы первичного медицинского звена на территории области. Проработаны индивидуальный принцип организации работы офисов семейного врача и ФАПов, вопросы взаимодействия специалистов первичного звена с «узкими» специалистами районных консультационно-диагностических центров, профильных областных учреждений здравоохранения. Сформировано 352 сельских медицинских округа с прикрепленным населением 1200-1600 человек. Внедряется новая модель адресного взаимодействия «семейный врач-пациенты-члены одной семьи». Практикуются личные приглашения на прием (диспансеризацию), вводятся гибкие графики работы (в выходные дни, в вечернее время), меняется структура приема – медицинский работник более 60% времени отводит на профилактику. Кроме того, решаются вопросы кадрового обеспечения, повышения заработной платы семейных врачей. В 2017 году на базе медицинского института НИУ БелГУ открыта кафедра по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», что дало возможность не только готовить специалистов в ординатуре, но и получить площадку для формирования у них смежных непрофильных профессиональных компетенций. Решена проблема кадрового дефицита в сельских территориях и районных центрах. Завершена переподготовка 307 врачей, 377 средних медицинских работников. Значительно изменилась ресурсная база семейного врача. Построено и отремонтировано 200 объектов (это 86 офисов семейного врача и 114 фельдшерско-акушерских пунктов). Объем финансирования на указанные цели составил порядка 600 млн рублей за счет всех источников. Офисы семейного врача и ФАПы дооснащены современным медицинским оборудованием,

компьютерной техникой, подключенной к интернету, организуется защита каналов связи, модернизируется региональная медицинская информационная система. Только в 2017 году на это было направлено более 240 млн рублей. Изменения условий оказания медицинской помощи дали возможность семейному врачу стать специалистом широкого профиля. Итогом деятельности регионального здравоохранения в 2017 году стало сохранение 998 жизней, снижение смертности с 13,91 на 1000 человек в 2016 году до 13,46, (злокачественные новообразования 1,91 с 1,96; ССЗ 7,16 с 7,58). Продолжительность жизни белгородцев увеличилась на 0,8 года, впервые достигнув 73,67 года.

Хроническая ишемия мозга при истинной полицитемии

Зырина Г.В.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Хроническая ишемия мозга при истинной полицитемии Истинная полицитемия (ИП) является заболеванием, которое поражает людей преимущественно старших возрастных групп. Основными критериями диагностики ИП являются существенное увеличение в крови содержания гемоглобина (180 г/л и выше), эритроцитов (от $6,6 \times 10^{12}/л$) и показателя гематокрита (от 55% и выше), увеличение в крови лейкоцитов и тромбоцитов. Осложнения ИП в основном связаны с нарушением кровообращения, главным образом, вследствие тромбообразования и нарушения микроциркуляции, иногда могут наблюдаться и кровотечения вследствие патологии гемостаза. Поражаются различные органы и ткани, в том числе и нервная система.

Цель. Изучить частоту и характер неврологических нарушений у больных ИП. Материал и методы. Обследовано 76 больных ИП (мужчин – 48, женщин – 28; средний возраст – 56 лет). У всех больных имелась 2-я стадия заболевания. 70 пациентов находились на диспансерном наблюдении от 1 года до 9 лет, у 6 больных ИП была выявлена впервые. Компьютерная томография (КТ) головного мозга была сделана 26 больным ИП, магнитно-резонансная томография (МРТ) – 20 пациентам. Выполнялся клинический анализ крови, исследовались биохимические показатели. Повышенное артериальное давление (140/90 мм рт.ст. и выше) имело у 40 (54%) больных. При обследовании средний уровень количества эритроцитов составил $5,8 \times 10^{12}/л$ (колебания от 4,3 до $6,8 \times 10^{12}/л$), гемоглобина 176 г/л (колебания от 125 до 205 г/л), гематокрит -48% (40-56%). Помимо этого, у 30 имелся лейкоцитоз (более $10 \times 10^9/л$) и у 25 – тромбоцитоз ($400 \times 10^9/л$ и более).

Результаты. Большинство больных предъявляло жалобы разнообразного характера. Среди них отчетливо доминировали жалобы на общую слабость (68; 89,4%) и тяжесть (боль) в голове (63; 82,9%). Реже встретились жалобы на шум в ушах и иногда снижение слуха (50; 65,8%), головокружение, неуверенность и пошатывание при ходьбе (37; 48,7%), снижение памяти на текущие события (30; 39,4%). У 15 (20%) больных наблюдалась эритроцитозия, проявляющаяся острой жгучей болью и покраснением кончиков пальцев рук и подошв стоп, устраняемая приемом аспирина или воздействием холода. При неврологическом осмотре у 59 (77,6%) больных были выявлены церебральная микросимптоматика. Из симптомов наиболее часто выявлялись: нарушение координации и шаткость походки (25; 32%), асимметрия носогубных складок (20; 26,5%), девиация языка (16; 21%), аннотирефлексия (16; 21%), рефлексы орального автоматизма (8; 13,6%). И реже патологические стопные рефлексы (5; 6,5%), дрожание пальцев рук и головы (5; 6,5%). Наличие этих симптомов вместе с жалобами больных позволило поставить им диагноз – хроническая ишемия мозга

(ХИМ), у 29 пациентов – I стадии, у 30 – II стадии. Обращало на себя внимание, что в эти 59 больных вошли все 19 пациентов, у которых имелась сопутствующая артериальная гипертензия. Можно полагать, что последняя являлась важным дополнительным фактором, способствующим развитию хронической недостаточности мозгового кровообращения у больных ИП. В анамнезе у 22 (29%) больных за последние 3 года были кратковременные эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения, которые по длительности и характеру проявлений ретроспективно могли быть отнесены к транзиторным ишемическим атакам. Наиболее часто это проявлялось (запомнилось больным) внезапным нарушением речи по типу дизартрии, нарушением чувствительности или появлением слабости в конечностях с одной стороны, потерей зрения на один глаз. Результаты анализа данных нейровизуализации (КТ и МРТ) показали, что у больных ИП наблюдалось преимущественное поражение белого вещества в перивентрикулярном и глубинных отделах мозга, что, надо полагать, объясняется отсутствием у сосудов на этом уровне коллатералей. Конкретно это проявлялось прежде всего лейкоареозом – разряжением перивентрикулярного и/или субкортикального белого вещества. Выводы. Таким образом, у большинства больных (77%) ИП во II (эритремической) стадии заболевания выявляется ХИМ, обусловленная в основном длительной гипоксией вследствие нарушения микроциркуляции. Помимо выраженности нарушений гемопоза с преимущественным увеличением количества эритроцитов, значимую роль в возникновении ишемии мозга может играть эссенциальная артериальная гипертензия. Поскольку при эритремической стадии ИП главным методом лечения является кровопускание, то, требуется более тщательный контроль за адекватностью проводимой терапии с учетом также и неврологической симптоматики.

Фармакологические возможности коррекции показателей липопероксидации у больных ишемической болезнью легких в условиях коморбидности

Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Пилиева Е.В., Сысойкина Т.В., Холина Е.А., Липатникова А.С., Луговсков Е.А.

Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск

Цель и задачи работы: изучить динамику показателей липопероксидации у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при комплексном лечении с использованием комбинации этилметилгидроксипиридина сукцината и современного иммуномодулятора (аминотетрагидрофалазиндиона натриевая соль).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 96 больных с сочетанной патологией внутренних органов в возрасте от 45 до 78 лет. Исследуемым больным согласно действующим клиническим рекомендациям были выставлены диагноз ИБС, стабильная стенокардия напряжения (ФК I-III) и ХОБЛ. Все больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и индексу коморбидности Чарлсона (Charlson M.E., 1987): основная группа (45 чел.) и группа сопоставления (47 чел.). Основная группа получала предложенную комбинацию лекарственных средств на фоне оптимальной медикаментозной терапии сочетанной патологии.

Для достижения цели исследования дополнительно к общепринятому клинико-лабораторному и инструментальному обследованию у всех

больных изучали показатели липопероксидации в крови: уровень диеновых конъюгат (ДК) и малонового диальдегида (МДА) спектрофотометрически. Статистический анализ проводили с помощью пакета Statistica 6.0.

Полученные результаты. Установлено, что у обследованных больных до начала проведения лечения обнаружены изменения со стороны биохимических показателей, характеризовавшиеся повышением содержания в крови продуктов липопероксидации – МДА и ДК. Так, концентрация МДА в этот период у пациентов основной группы составляла $8,6 \pm 0,27$ мкмоль/л при норме $3,3 \pm 0,2$ мкмоль/л, то есть была в среднем в 2,61 раза выше нормы ($P < 0,001$). Содержание ДК также было повышенным у подавляющего большинства больных этой группы в среднем в 2,84 раза (при норме $6,2 \pm 0,15$ мкмоль/л; $P < 0,001$) и достигало $17,6 \pm 0,64$ мкмоль/л. У пациентов группы сравнения наблюдались аналогичные нарушения процессов липопероксидации. Действительно, уровень конечного продукта липопероксидации – МДА был повышенным относительно нормы в среднем в 2,64 раза ($P < 0,001$) и составил $8,7 \pm 0,22$ мкмоль/л. Содержание ДК составило $18,2 \pm 0,6$ мкмоль/л, что было в 2,93 раза выше нормы. Итак, выявленные метаболические нарушения в исследуемых группах достоверно не отличались ($P > 0,1$), то есть были однотипными. При повторном биохимическом обследовании после завершения лечения было установлено, что у больных основной группы в полной мере реализовался антиоксидантный эффект предложенной лекарственной комбинации, что способствовало существенному снижению интенсивности перекисных процессов в организме пациентов. Так, концентрация МДА и ДК в крови больных основной группы под влиянием проведенного лечения существенно снизилась относительно начальных значений и достигла верхней границы нормы: содержание МДА у больных основной группы снизилось относительно начального уровня в среднем в 2,45 раза, достигнув верхней границы нормы – $3,5 \pm 0,22$ мкмоль/л ($P > 0,1$). Аналогично и уровень ДК снизился от исходного значения в среднем в 2,48 раза до $7,1 \pm 0,2$ мкмоль/л, что достоверно не отличалось от нормы ($P > 0,05$). В группе сопоставления также наблюдалась положительная динамика со стороны показателей липопероксидации, но уровни изученных показателей оставались достоверно больше как по отношению к норме, так и соответствующих показателей основной группы. У пациентов группы сопоставления концентрация МДА снизилась относительно исходного значения в среднем в 2,9 раза и составила после завершения лечения $5,8 \pm 0,28$ мкмоль/л, что было в среднем в 1,76 раза выше нормы ($P < 0,01$) и в 1,66 раза показателя основной группы ($P < 0,01$). Концентрация ДК у этих пациентов снизилась относительно исходного значения в среднем в 1,78 раза, составив $10,2 \pm 0,3$ мкмоль/л, но оставалась в 1,65 раза выше нормы ($P < 0,01$) и в 1,44 раза соответствующего показателя больных основной группы ($P < 0,01$).

Выводы. Применение предложенного фармакологического комплекса у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ на фоне ПТСР патогенетически обоснованное, поскольку данная комбинация лекарственных препаратов способствует снижению активности процессов липопероксидации, а именно нормализации уровня ДК и МДА в крови исследуемых больных.

Непрерывный индивидуальный мониторинг как ведущий фактор установления контроля над заболеванием

Иванова Н.И., Малина В.В., Шумова А.Л., Баранова В.В.

Рязанский медицинский колледж, Городская клиническая больница №11, Городская станция скорой медицинской помощи, Рязань

В настоящее время большинство больных артериальной гипертензией регулярно проходят обучение по вопросам самоконтроля и приема

лекарственных средств как во время диспансерного наблюдения, так и при госпитализации в связи с ухудшением состояния. Однако оценка эффективности обучающих мероприятий выявляет проблему недостаточного контроля за состоянием здоровья пациентов на амбулаторном этапе.

Цель исследования изучение причин, приведших к ухудшению состояния и последующей госпитализации пациентов с артериальной гипертензией. В исследовании приняли участие 20 пациенток в возрасте 56-76 лет, находящихся на стационарном лечении в клинической больнице. Вопросы анкетирования включали блоки по оценке информированности пациенток, регулярности самоконтроля состояния и режиму приема лекарственных препаратов. Анализ причин, приведших к ухудшению состояния и последующей госпитализации, показал, что преобладает: нарушение режима приема лекарственных препаратов (регулярность приема, дозировка) у 60% опрошенных, прием лекарственных препаратов осуществлялся только при ухудшении состояния. У 40% респондентов причиной является нарушение рекомендаций врача по образу жизни (диета, гиподинамия, стресс). Регулярно измеряли артериальное давление только 20% опрошенных, хотя 70% считают себя достаточно информированными и обученными медицинскими работниками приемам самоконтроля.

Исследование показало, что 100% пациентов не ведут «Дневник самоконтроля», что свидетельствует об отсутствии непрерывного индивидуального мониторинга и затрудняет разработку долгосрочных программ обучения и ведения больных с учетом дефицита конкретных знаний и навыков, особенностей течения заболевания и образа жизни больного. Таким образом, разработка системы обучающих мероприятий для пациентов должна быть нацелена на непрерывный индивидуальный мониторинг показателей и регулярную их фиксацию в «Дневнике самоконтроля». Данный подход требует скоординированных действий медицинских работников на различных этапах оказания помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Он позволит повысить мотивацию и приверженность к выполнению рекомендаций у пациентов, что снизит риск развития осложнений и потребность в стационарном лечении.

Частота встречаемости низкоэнергетических переломов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, имеющих коморбидную патологию

Игнатьева И.А., Нестерович И.И., Выборная В.Д.

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

Актуальность. По оценкам экспертов ВОЗ, распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) составляет около 1% и увеличивается с возрастом, достигая 10% среди людей 40 лет и старше. (О.Н.Титова, В.Д.Куликов «Заболеваемость и смертность взрослого населения Санкт-Петербурга при хронической обструктивной болезни легких» – Медицинский альянс № 2, 2017) По данным R.Kachel, коморбидность составляет около 62% в структуре заболеваемости старших возрастных групп, а по данным R.J.Reynolds et al., около 50% больных ХОБЛ старше 50 лет страдают сердечно-сосудистой патологией. (Е.Д.Баздырев, Е.Б.Герасимова, О.М. Поликутина, И.А. Савельева, С.А. Смакотина, О.Л. Барбараш – Сердечно-сосудистые факторы риска у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, журнал Клиницист 1'2014). Остеопороз вызывает низкоэнергетические переломы.

Самым тяжелым среди них является перелом проксимального отдела бедра, при этом треть всех переломов этой локализации происходит у мужчин. (Остеопороз у мужчин: почему нужны перемены? – International Osteoporosis Foundation 2014).

Цель. Оценить частоту встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с ХОБЛ, влияние сопутствующей патологии на тяжесть течения основного заболевания, состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациентов с коморбидностью.

Материалы и методы: Обследовано 66 пациентов мужского пола. Средний возраст составил 63 ± 1 г. 22,25 их них имели изолированную патологию – ХОБЛ, 75,8% страдали ХОБЛ, отягощенной различными коморбидными состояниями; по тяжести заболевания: 39% составили пациенты со средней степенью тяжести ХОБЛ и 59% – с тяжелой. Пациентам была выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия на аппарате GE Healthcare Lumer Prodigy Advance с измерением минеральной плотности костной ткани (МПКТ) поясничных позвонков (L1-L4) и проксимальных отделов бедренной кости. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ SPSS Statistics 17.0.

Результаты. Выявлено, что коморбидная патология часто встречается в группе пациентов, страдающих ХОБЛ. Наибольший процент составляют заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) – 85,4%. На втором месте находится патология желудочно-кишечного тракта (64,7%): хронический гастрит, желчнокаменная болезнь и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Частота встречаемости заболеваний почек составила 16%, сахарного диабета 2 типа – 12%. Заболевания ЛОР-органов составляют 8,7%. Реже всего встречалась патология щитовидной железы – 6%. Среди обследуемой группы пациентов было выявлено, что у 48,3% больных имеется остеопения проксимального отдела бедренной кости, у 6,5% – остеопороз той же области. При измерении МПКТ поясничных позвонков (L1-L4) остеопения встречалась в 34,5% случаев, тогда как остеопороз обнаруживался у 12,1% пациентов. У 44,2% больных ХОБЛ отсутствовали низкоэнергетические переломы. 32,7% имели один перелом, 21,2% – два перелома, 1,9% – три перелома. Учитывая преобладание остеопении в проксимальном отделе бедренной кости, был проведен корреляционный анализ и получены следующие результаты: обнаружена связь между значением Т-критерия левой бедренной кости и тяжестью течения ХОБЛ ($r_s = -0,374$, $p = 0,038$), длительностью воздействия профессиональных вредностей ($r_s = -0,491$, $p = 0,045$), общей и средней курсовой дозой парентеральных глюкокортикостероидов ($r_s = -0,706$, $p = 0,022$ и $r_s = -0,801$, $p = 0,005$ соответственно), элементами нагрузки на правые отделы сердца по данным ЭКГ ($r_s = -0,423$, $p = 0,04$), а также индексом Тиффно ($r_s = 0,469$, $p = 0,01$). Проведенный корреляционный анализ демонстрирует более выраженное снижение МПКТ у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ и отражает вклад таких факторов риска в развитии остеопении как профессиональные вредности и использование глюкокортикостероидных гормонов.

Закключение. В структуре коморбидной патологии у больных ХОБЛ лидирует сердечно-сосудистая патология. Сочетание ХОБЛ и сердечно-сосудистых заболеваний помимо взаимного отягощения приводит к развитию остеопороза и низкоэнергетических переломов. Отмечен вклад глюкокортикостероидной терапии в снижение МПКТ. Пациенты, характеризующиеся более тяжелым течением ХОБЛ, имели более низкие показатели МПКТ. Учитывая высокий процент встречаемости сердечно-сосудистой патологии (85,4%) и остеопении (48,3%) у пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких, необходима ранняя диагностика МПКТ, а также своевременное проведение профилактических и лечебных мероприятий.

Проблемы и состояние здоровья лиц пожилого возраста

Инарокова А.М., Ошнокова М.М., Гукетлова А.А., Муртазова Л.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Республиканский геронтологический
реабилитационный центр, Нальчик

Актуальность: Существенной особенностью пожилых больных является полиморбидность, наличие множественной, сочетанной патологии, с которой связаны так называемые синдромы взаимногоотяжения, снижение диагностической ценности многих симптомов, что затрудняет диагностику и осложняет выбор адекватного лечения. В связи с этим увеличилось количество лабораторных анализов с 71617ед. в 1997г. до 94487 в 2009г., УЗИ исследований соответственно с 1725ед. в 1997г. до 3276 в 2009г., рентгенологических исследований с 2700ед. в 1997г. до 3728 в 2009г. Отмечается рост удельного веса сердечно - сосудистой патологии, артериальной гипертензии, сосудистых поражений головного мозга в сочетании с артериальной гипертензией и без, с трудностью выделения ведущего клинического синдрома.

Цель: Провести структурный анализ заболеваемости для выявления центра (РГРЦ) г. Нальчика.

Материалы и методы: Обследовано за три года 2688 больных, находящихся в стационаре РГРЦ (лабораторные исследования, функциональная диагностика). При выборе медикаментов придерживались рекомендации по диагностике и лечению АГ, разработанных Европейским Обществом Кардиологов, у пожилых учитывался профиль сопутствующих заболеваний.

Результаты: В два раза вырос удельный вес сердечно - сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии (с 42 случаев в 2014г. до 69 в 2016г.). Впечатляет почти трёхкратный рост сосудистой патологии головного мозга (с 20 случаев в 2014г. до 64 в 2016г.). Надо отметить, что эти цифры отражают только те случаи, когда патология была вынесена в основной диагноз. Если добавить к этим показателям количество сердечно - сосудистых и сосудистых церебральных заболеваний, прошедших как сопутствующие, эти данные будут значительно выше. Все это продиктовало необходимость внесения определенной корректировки в организацию работы стационарного отделения: усиление кардиологической составляющей деятельности отделения. В результате удалось добиться снижения среднего пребывания на койке больных с сердечно - сосудистой патологией. Так в 2014г. средний койко-день в группе больных с артериальной гипертензией составил 26,6 к/дн., а в 2017г. -22,1к/дн., по ИБС в 2014г.-24к/дн. в 2017г.-21,1к/дн., больные с церебральным атеросклерозом в 2014г. находились на лечении 27,7к/дн., в 2017г.-21,3к/дн.

В структуре заболеваемости артериальная гипертензия относилась к числу наиболее распространенных (95 % лиц, пролеченных в стационаре в 2014г. имели повышенное артериальное давление). Исследования последних лет показали, что эффективность лечения пожилых с АГ выше, чем лиц молодого возраста.

Следующей группой были больные с дисгормональной спондилопатией, компрессионными переломами позвоночника, обусловленными сенильным и постклимактерическим остеопорозом. Остеопороз с переломом тел позвонков был выявлен у 11 человек. Этим больным проводилось симптоматическое и патогенетическое лечение, ЛФК.

Высокий удельный вес занимали болезни опорно – двигательного аппарата: дегенеративные болезни суставов и позвоночника. Учитывая большое количество побочных реакций применения нестероидных противовоспалительных препаратов у пожилых, широко использовались

местные средства для лечения остеоартроза. Отмечен положительный эффект в виде уменьшения суставных болей на 10-12 день лечения и увеличения амплитуды движений в пораженных суставах.

Накопленный опыт в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата сказался в снижении длительности пребывания больных на койке: в 2014г. средний койко-день в этой группе составлял 27,7к/дн., а в 2017г.-22,2к/дн.

Выводы: Динамика реализации лечебно-диагностических мероприятий в условиях Республиканского геронтологического реабилитационного центра в Кабардино-Балкарской республике свидетельствует об увеличении количества диагностических мероприятий, связанных с полиморбидностью и тяжестью заболеваний. При этом, организационные и структурные мероприятия, проведенные в центре, позволили оптимизировать лечебно-профилактическую помощь, снизив количество дней пребывания в стационаре по целому ряду ведущих заболеваний.

Опыт применения аддитивной терапии диабетической периферической нейропатии

Инина Л.И., Апухтин А.Ф.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Введение. В клинических публикациях последних лет отмечается прогрессирующий характер течения диабетической полинейропатии. Поиск аддитивных схем лечения, дополняющий существующие клинические рекомендации и стандарты, перспективен для ограничения прогрессирования, снижения стоимости, повышения доступности лечения диабетических осложнений.

Цель. Изучить эффективность 10 дневного применения монотерапии периферической нейропатии у больных СД 2 тип препаратом тиоктовой кислоты раздельно и в комбинации с препаратом L-карнитин.

Материал и методы. Исследованы 40 больных СД 2 типа в возрасте 50-70 лет. Все больные рандомизированы в две сопоставимые по возрасту и полу группы стандартного лечения (Тиоктовая кислота в/в 600 мг/суки) и группу контроля (Тиоктовая кислота в/в 600мг/суки + в/в L-карнитин 1 гр/сут). Исходно и через 10 дней исследовали моторно-сенсорную нервную проводимость с помощью отечественного электронейромиографа. Динамику изменений СРВм (скорость проведения возбуждения по моторному волокну в м/сек) и СРВс (скорость распространения возбуждения по сенсорному волокну) в м/сек на нижних и верхних конечностях оценивали с помощью статистического программного комплекса SPSS 22. Межгрупповые различия оценивали с помощью непараметрического критерия Вилкоксона, достоверность изменений отмечали для $p < 0,05$.

Полученные результаты. Анализ полученных данных проведенного лечения выявил в обеих группах положительную тенденцию увеличения скорости распространения возбуждения по сенсорным волокнам. Достоверность изменений ($p < 0,039, t = 0,036$) распространения возбуждения по сенсорным волокнам в точках запястья верхних конечностей отмечено только в группе контроля больных получавших комбинированную терапию.

Выводы. Установлена статистически значимая динамика повышения скорости распространения возбуждения по сенсорным волокнам верхних конечностей в точках запястья в группе контроля в сравнении с группой стандартного лечения. Полученный результат свидетельствует об аддитивно-лечебном эффекте комбинированной терапии диабетической сенсорной нейропатии против стандартной терапии.

Клинико-лабораторные особенности верификации диабетической нефропатии у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа

Исакова Д.Н., Азисова Э.М., Рябушева С.А., Белокрылова Л.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель. Оценить частоту выявления диабетической нефропатии (ДНП), а также взаимосвязь степени ее выраженности с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 849 историй болезни пациентов, госпитализированных в отделение эндокринологии взрослого стационара ОКБ №2 города Тюмени за 2016 год. Среди анализируемого контингента 7,9% составили пациенты с впервые выявленным СД 2 типа. Таким образом, в исследование были включены пациенты с впервые установленным СД 2 типа, в количестве 71 человека. В исследуемой группе (55% мужчин, 45% женщин) средний возраст составил 65,3±9,5 лет. Средний уровень гликемии при поступлении – 20,7±6,7 ммоль/л, средний уровень гликированного гемоглобина – 11,6±2,5%, среднее значение С-пептида – 1,2±0,65 нг/мл. Частота гиперинсулинемии составила 50%, абсолютного дефицита инсулина – 16,7%. С момента установки диагноза пациенты получали следующую терапию: базис-болюсная инсулинотерапия 35,2%, комбинированную терапию – 54,9% и лишь 9,9% пациентов получали только пероральные сахароснижающие препараты. У всех пациентов расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) осуществлялся по формуле Кокрофта-Голта. Статистический анализ осуществлялся с использованием корреляционного анализа Спирмена, сравнительного анализ с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверность оценивалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Так, в исследуемой группе диабетическая нефропатия была выявлена у 57,4% пациентов. Среднее значение микроальбуминурии в группе составило 47,6±18,7 мг/л., а средние значения СКФ в группе мужчин и женщин составили 101,2±40,1 мл/мин/1,73 м² и 88,4±36,2 мл/мин/1,73 м² соответственно ($p < 0,05$). В общей группе исследуемого контингента уровень СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² был выявлен у 23% исследуемых. У 87,8% пациентов, имеющих нефропатию, имелись сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. Сравнение средних значений СКФ с использованием критерия Манна-Уитни в группах пациентов, имеющих ССЗ и с их отсутствием, выявило наличие статистически значимых различий ($p < 0,05$), характеризовавшихся снижением СКФ в группе пациентов с ССЗ.

Заключение. Таким образом, более чем у половины пациентов с впервые установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа верифицирована ДНП. Данные пациенты, имевшие сердечно-сосудистые заболевания, характеризовались более значимым снижением СКФ.

Частота развития гипертонических кризов, как критерий эффективности контроля артериальной гипертензии

Ицкова Е.А., Крючкова Е.А., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний, возникновение которого

сопряжено со значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Приверженность терапии вообще, а гипотензивной в частности, является залогом успешного лечения заболевания, уменьшением частоты развития осложнений. Гипертонический криз является одним из наиболее частых осложнений и причин госпитализации у пациентов артериальной гипертензией.

Цель. Улучшение кардиоваскулярного прогноза у пациентов с артериальной гипертензией. Задачи: 1. Проанализировать особенности предшествующей антигипертензивной терапии у пациентов, госпитализированных, в связи с гипертоническим кризом. 2. Оценить приверженность к рекомендованной гипотензивной терапии на амбулаторном этапе лечения пациентов, поступивших в стационар с неосложненным гипертоническим кризом. 3. Проанализировать стратегию лечения статинами пациентов с АГ на амбулаторном этапе.

Материал и методы. В исследование были включены 35 пациентов с артериальной гипертензией 2-3 степени, высокого и очень высокого риска в возрасте от 36 до 80 лет (23 мужчины и 12 женщин), поступивших в кардиологическое отделения больницы № 7 г. Симферополя с неосложненным гипертоническим кризом. Анализировались данные анамнеза до поступления в стационар: знал ли пациент о повышенном артериальном давлении, если знал, то принимал ли гипотензивные препараты, названия препаратов, дозы, режим приема. Уточняли применение статинов у пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска на амбулаторном этапе.

Результаты исследований. При поступлении в кардиологическое отделение все 35 (100%) пациентов знали о повышенных цифрах артериального давления (АД). До поступления в стационар 60% пациентов вообще не принимали гипотензивную терапию, хотя знали о высоких цифрах своего АД. На амбулаторном этапе всем остальным (14) пациентам была рекомендована гипотензивная терапия. При этом, четкое следование рекомендациям врача по использованию гипотензивных препаратов отмечали только 6 (17%) пациентов, остальные пациенты принимали монотерапию в небольшой дозе, принимали эпизодически или отменили препараты после короткого курса приема самостоятельно. Из 6 пациентов, постоянно использующих комбинированную гипотензивную терапию, 3 человека получали блокатор РААС в комбинации с диуретиком, 2 пациента получали блокатор РААС в комбинации с амлодипином и 1 человек получал тройную комбинацию блокатор РААС в комбинации с диуретиком и амлодипином. Только 2 (6%) пациентов с АГ получали статин на амбулаторном этапе терапии.

Выводы. У всех пациентов, поступивших в стационар с гипертоническим кризом, выявлено отсутствие эффективного контроля АД на амбулаторном этапе. Причинами развития гипертонического криза были недостаточное использование комбинированной антигипертензивной терапии в оптимальных дозах и низкая приверженность пациентов к рекомендуемому лечению. У больных с АГ высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска в большинстве случаев отсутствует стратегия терапии статинами, что дополнительно ухудшает прогноз пациентов.

Эффективность применения статинов при остеоартрите

Кабалык М.А., Невзорова В.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Остеоартрит (ОА) является системным заболеванием, связанным с возрастом, сердечно-сосудистой патологией (ССЗ) и нарушениями липидного обмена, которые оказывают существенное влияние на развитие заболевания. Высокий

уровень сывороточного холестерина рассматривается как независимый фактор риска ОА.

Цель. Оценить клиническую эффективность аторвастатина у больных ОА. Материалы и методы. В исследование включены 87 пациентов с верифицированным остеоартритом коленного сустава, которые были разделены на две группы. Основную группу из 54 человек составили 11 мужчин и 43 женщины в возрасте 64,2±9,9 лет 60,3±9,1 год с высоким и очень высоким риском СС3 (SCORE>5%), которым назначали аторвастатин 20 мг/сутки совместно со стандартной патогенетической терапией. Группу сравнения составили 33 пациента (9 мужчин и 24 женщины) в возрасте 58,3±4,1 лет с низким и умеренным риском СС3 (SCORE<5%), которые назначали гиполипидемическую диету совместно со стандартной патогенетической терапией ОА.

Результаты. В течение 6-месячного наблюдения нежелательные реакции зафиксированы не были. Показатель общей клинической эффективности терапии, измеренный по сумме баллов WOMAC, не имел достоверных межгрупповых различий в начале лечения ($z=0,8$, $p=0,6$). Через 3 месяца в основной группе зафиксировали статистически значимое снижение альгофункционального показателя по сравнению с исходными значениями ($z=-2,2$, $p=0,03$). В группе сравнения этот показатель не имел значимых различий относительно исходного уровня ($z=1,2$, $p=0,3$). Таким образом, установлено, что через 3 месяца сумма баллов по WOMAC снизилась в основной группе на 25,4%, в группе сравнения на 16,3% ($\chi^2=2,48$, $p=0,11$). Спустя 6 месяцев отмечено статистически значимое снижение альгофункциональных показателей в обеих группах по сравнению с исходными данными (соответственно: $z=-2,2$, $p=0,03$; $z=-2,6$, $p=0,008$). Спустя полгода общая клиническая эффективность лечения составила в основной группе 37,3%, в группе сравнения – 29,1% ($\chi^2=6,95$, $p=0,009$). Применение аторвастатина привело к снижению атерогенных фракций липидов (общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП) и повышению антиатерогенных ЛПВП, что подтверждает общую концепцию гиполипидемического эффекта статинов. Кроме того, установлено, что группе больных ОА, получавших аторвастатин, наблюдаются достоверно более высокие темпы клинического ответа на терапию, чем у пациентов с ОА, не получавших аторвастатин. В частности, отмечены значимое снижение функционального дефицита и высокие показатели общей клинической эффективности. Вместе с тем, аторвастатин не показал значимых влияний на уровень боли. Однако было показано, что назначение аторвастатина способствует снижению оксидативного стресса и активации хрящевого метаболизма. Об этом свидетельствует снижение к шестому месяцу концентрации OSGIN-1 и повышение CRTAP. Исходная концентрация IL-1 β не имела достоверных различий в обеих группах больных ОА ($z=1,2$, $p=0,3$). Через 6 месяцев отмечено статистически значимое снижение уровня IL-1 β в обеих группах (соответственно: $z=-2,1$, $p=0,04$; $z=-2,2$, $p=0,03$). Концентрация OASGIN-1 так же статистически значимо не имела достоверных межгрупповых различий в начале лечения ($z=1,0$, $p=0,05$). Спустя 6 месяцев уровень данного показателя значимо снижался в группе больных, получавших аторвастатин ($z=-2,2$, $p=0,03$), и не имел различий в группе сравнения ($z=-1,8$, $p=0,06$). Исходно содержание CRTAP в сыворотке больных ОА из обеих групп статистически не различалось ($z=1,2$, $p=0,3$). Через 6 месяцев от начала эксперимента зафиксировано повышение концентрации данного показателя в основной группе и в группе сравнения (соответственно: $z=2,6$, $p=0,008$; $z=2,2$, $p=0,03$). При этом уровень CRTAP был достоверно выше в основной группе относительно группы сравнения ($z=2,3$, $p=0,02$). Результаты исследования подтверждают концепцию о том, что остеоартрит является системным заболеванием, связанным с возрастом, сердечно-сосудистой патологией и нарушениями липидного обмена, которые оказывают существенное влияние на развитие ОА.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что при ОА аторвастатин реализует не только гиполипидемический эффект, но и демонстрирует положительные плеотропные эффекты на функциональный статус больных.

Полиморфизм генов оксидативного стресса (EPAS1, GPX4) у больных остеоартритом в условиях сердечно-сосудистой коморбидности

Кабалык М.А., Невзорова В.А., Сунайкин А.Б., Плехова Н.Г.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Остеоартрит (ОА) является системным заболеванием, в высокой сердечно-сосудистой коморбидностью. Есть основания полагать, что ОА и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) имеют общие генетические паттерны.

Цель. Изучить полиморфные варианты генов оксидативного стресса (EPAS1, GPX4) в условиях кардиоваскулярной коморбидности.

Материалы и методы. В исследование включены 140 пациентов с ОА. Среди них было 58 женщин (82,9%). Суммарный (абсолютный) кардиоваскулярный риск оценивали по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) на основании оценки уровня общего холестерина, систолического артериального давления, возраста, пола и факта курения. Поскольку все пациенты с ОА, включённые в исследование имели более чем 5% суммарный сердечно-сосудистый риск, градацию проводили следующим образом: 6-10% соответствовало высокому риску, 11% и более – очень высокому риску. Больных, принесших в прошлом инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, транзиторную ишемическую атаку, имеющих сахарный диабет, ишемическую болезнь сердца относили к категории очень высокого риска сердечно-сосудистых событий. В качестве группы контроля в исследование были включены 90 больных без ОА сопоставимых по полу и возрасту. Все пациенты проживают в Приморском крае и являются этнически русскими.

Результаты. Проанализированы полиморфизмы генов оксидативного стресса (EPAS1, GPX4) у больных с ОА и группе сравнения. По локусам G/A гена EPAS1 (rs1867785), C/T гена GPX4 (rs713041) отклонения от равновесия Харди-Вайнберга в изученных группах больных и здоровых индивидов обнаружено не было. Установлено, что группа пациентов с выраженной дисфункцией суставов статистически значимо отличается по распределению частот аллелей полиморфного локуса G/A гена EPAS1 (rs1867785) от группы сравнения ($\chi^2=9,43$, $p=0,003$). Это обусловлено высокой частотой гомозиготного генотипа GG в группе больных с умеренным функциональным дефицитом (43,9% против 25,9%, $\chi^2=9,89$, $p=0,002$) и достоверно более высокой частотой гетерозиготного генотипа GA в группе больных с выраженным функциональным дефицитом (36,6% против 55,2%, $\chi^2=4,14$, $p=0,04$). Таким образом, присутствие аллеля A гена EPAS1 (rs1867785) является фактором риска развития выраженной дисфункции суставов при ОА (ОШ=0,46, 95%ДИ 0,28-0,76). Группы больных в зависимости от уровня дисфункции суставов статистически значимо не отличаются по распределению частот генотипов полиморфного локуса G/A гена EPAS1 (rs1867785), что обусловлено одинаковой частотой аллеля G (59,7% против 67,4%, $\chi^2=0,18$, $p=1,76$) и A (40,3% против 32,6%, $\chi^2=1,76$, $p=0,18$). Частоты гетерозиготных генотипов C/T гена GPX4 (rs713041) значимо различались у пациентов с разным кардиоваскулярным риском. Так, у больных с высоким риском статистически значимо более часто встречался CC генотип (29,7% против 46,9%, $\chi^2=4,41$, $p=0,03$). Генотип TT гена GPX4, напротив, достоверно чаще встречался у больных с умеренным риском ССЗ (20,3% против 6,2%, $\chi^2=6,00$, $p=0,01$). Присутствие аллеля C гена GPX4 (rs713041) является фактором высокого сердечно-сосудистого риска у больных ОА (соответственно: ОШ=0,51, 95%ДИ 0,31-0,83).

Выводы. Наличие аллеля A и гетерозиготного генотипа GA гена EPAS1 (rs1867785) является фактором риска развития выраженной дисфункции суставов и высокого сердечно-сосудистого риска у больных ОА.

Клинический случай проявления тромбофилии на фоне онкологического заболевания яичника, как пример комплексного подхода к больному

Кадыкова А.В., Кондратьева О.В., Мартыянова Ю.Б.

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Астрахань

Для анализа представлен клинический случай пациентки 48 лет, медработника, на периодическом медицинском осмотре у которой была выявлена кистама правого яичника. В анамнезе дисплазия шейки матки, конизация, склонность к маточным кровотечениям, ежегодные диагностические выскабливания. Склонности к тромбозам никогда не отмечалось. Профпатологом направлена на подготовку к оперативному лечению в гинекологическое отделение, где была установлена злокачественность процесса. Рекомендована госпитализация в онкологическое отделение. Перед поступлением обратилась к терапевту с болями в ноге, выявлен острый тромбоз левой подколенной и бедренной вены. В экстренном порядке была госпитализирована в сосудистое отделение, получала НАКГ. Через день после выписки, на фоне продолжения использования клексана внезапно возник дрожательный гиперкинез в левой руке, боли в груди, произвольная речь отсутствовала, обращенную речь понимала. Неврологом выявлен ишемический инсульт: множественные кортикальные инфаркты в БЛСМА, БПСМА, ВББ, подтвержденные МРТ. Во время осмотра появились боли в груди, с подозрением на ОКС, выполнена коронарография – ПКА проходима частично, в просвете в среднем и дистальном отделе отчетливые признаки острой окклюзии, выполнена тромбаспирация. На следующий день клинически болевой синдром в груди не беспокоит динамика кардиомаркеров и ЭКГ нижнего инфаркта миокарда, на ЧПХОКС наличие тромбов и дефектов перегородок в сердце не выявлено. В связи с наличием спонтанных тромбозов в артериальном и венозном русле проведены исследования на маркеры тромбофилии. Выявлены изменения в генах факторов свертывания крови II и I, фибриногена, фибринстабилизирующего фактора, повышенная склонность к агрегации тромбоцитов и нарушение процесса фибринолиза. После консилиума совместно с гематологом и онкогинекологом, с учетом рецидивирующих тромбозов, стабилизацией состояния больной только посредством постоянной инфузии НФГ, была выполнена экстирпация матки с придатками, субтотальная резекция большого сальника, тазовая и поясничная лимфодиссекция по жизненным показаниям. Гистологически – серозно-муцинозная аденокарцинома, Ia (T1aN0M0). Послеоперационный период без осложнений, рецидивов тромбозов не было. После выписки прошла курс реабилитации, все последствия сосудистых осложнений регрессировали, вернулась к работе, пожизненно получает антикоагулянты, наблюдается у гематолога. Вывод: проявление генетически обусловленного нарушения гемостаза было спровоцировано наличием злокачественной опухоли, успешная диагностика и лечение больной было возможно только при участии множества смежных специалистов.

Особенности синдрома острого повреждения почек в период реконвалесценции

Казакова И.А., Попова И.В., Трефилов А.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Городская клиническая больница №9, Ижевск

Цель исследования: изучить особенности синдрома острого почечного повреждения (ОПП), в период реконвалесценции.

Методы и материалы. Проведен анализ 20 случаев исходов синдрома острого почечного повреждения с различной патологией: терапевтического, гинекологического, хирургического и урологического профилей (январь-июнь 2018 год, ГКБ №9 МЗ УР г. Ижевска). В исследуемой группе представлено 8 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст 39,5±15. Диагноз ОПП был поставлен согласно критериям AKIN (Acute Kidney Injury Network 2007 г, Национальные рекомендации «Острое повреждение почек: основные принципы диагностики, профилактики и лечения 2015 г.»). Исследование восстановления функции почек проводилось в течение 6 месяцев с момента выписки пациентов из стационара. В период реконвалесценции пациентам проведено стандартное обследование, включающее: суточную протеинурию, микроскопию осадка мочи, тест на альбуминурию, УЗИ почек, биохимическое исследование крови.

Результаты. У пациентов диагностированы следующие стадии острого повреждения почек: 1 стадия – 15 человек (75%), из них: у 10 отмечался повышенный уровень сывороточного креатинина 130,0±41,5 мкмоль/л при сохраненном диурезе, у 5 человек первая стадия ОПП диагностирована только по сниженному суточному диурезу в 1,5-2 раза от должного, из расчета по объему мочи <0,5 мл/кг/ч в течение 6 ч; 2 стадия ОПП не была выявлена ни у одного пациента; 3 стадия – 5 пациентов (25%), уровень креатинина составил 604,0±128,0 мкмоль/л при сниженном суточном диурезе менее 0,3 мл/кг/ч в течение 24 часов, или анурия в течение 12 часов. У всех пациентов, по результатам стандартного обследования в период реконвалесценции, не было отклонений от нормальных значений, в то же время, тест на альбуминурию был изменен. Так, в течение первого месяца после выписки из стационара, повышение альбуминурии наблюдалось у 18 (90%) пациентов. Из них: с 1 стадией ОПП – 13 (72,2%) человек, уровень альбуминурии составил 26,55±1,04 мг/л в разовой моче и 33,75±2,11 мг/24 в суточной моче. С 3 стадией ОПП – у 5 (27,8%) человек, альбуминурия была 28,18±3,18 мг/л в разовой моче и 34,77±4,77 мг/24 в суточной моче. В исследуемой группе, в период реконвалесценции к 6 месяцу, уровень альбуминурии у 10 (55,6%) человек, остался повышенным. Из них: с 1 стадией ОПП – 7 человек, показатели составили: 25,51±1,01 мг/л в разовой моче, в суточной моче 30,3±2,15 мг/24, с 3 стадией – 3 человека, показатели составили: 33,75±3,41 мг/л в разовой моче, в суточной моче 34,75 ± 4,75 мг/24, у 8 пациентов (44,4%) – альбуминурия снизилась до нормальных значений.

Выводы. Синдром ОПП является полиэтиологическим. Чаще диагностируются 1 и 3 стадии заболевания. Тест на альбуминурию является индикатором повреждения почек. В связи с этим необходимо динамическое наблюдение за пациентом и ранняя терапевтическая коррекция сохраняющихся почечных нарушений.

Возможности современной терапии сахарного диабета у лиц пожилого и старческого возраста

Калинникова Л.А., Жулина Н.И., Рунова А.А., Гринькова Л.В.

Городская клиническая больница № 3 (Нижегородский гериатрический центр), Нижний Новгород

Цель исследования. Оценить особенности лечения и диагностики сахарного диабета у пожилых пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы 455± истории болезней пациентов старшей возрастной группы с сахарным диабетом 2 типа, госпитализированных в связи с декомпенсацией заболевания. Изучалось наличие сопутствующей патологии, биохимические показатели, терапия при поступлении и при выписке из стационара. Средний возраст больных

составил $76 \pm 0,02$ года, стаж диабета $17 \pm 0,005$ лет. Наличие когнитивных нарушений определялось по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). Наличие старческой астении оценивалось по шкале «Возраст не помеха».

Результаты. Диагноз и критерии компенсации, наличие осложнений устанавливались в соответствии с алгоритмами специализированной медицинской помощи 2017 г. Отмечалось наличие неспецифических жалоб: в 25,6% головокружение, в 49,7% боли, парестезии в нижних конечностях, в 8,5% сердцебиение, сухость во рту в 13,9%, и только в 2,3% жажда. При лабораторных исследованиях отмечается повышение преимущественно постпрандиальной гликемии в 57,3%. Целевой уровень гликемии определялся индивидуально с учетом коморбидной патологии и в 67,5% составил $<8\%$, у остальных $<7,5\%$. Основными целями лечения СД у пожилых является устранение симптомов гипергликемии и особенно – предупреждение гипогликемии. Необходимо так же учитывать метаболизм пожилых, наличие сопутствующей патологии, особенно когнитивных нарушений, и возможных побочных эффектов терапии. Так в 6,7% был отменен метформин в связи с выявленным снижением СКФ < 45 мл/мин. В связи с выраженными когнитивными нарушениями в 12,3% и в 23,3% в связи с выявленной старческой астении потребовался перевод с базис-болюсной терапии инсулином на фиксированные комбинации. В 47,7% к лечению были добавлены ингибиторы ДПП, которые безопасны в плане гипогликемических осложнений и позволяют улучшить показатели гликемии.

Выводы: сахароснижающая терапия у пожилых пациентов требует учета сопутствующих заболеваний, наличия когнитивных нарушений, должна базироваться на безопасности лекарственных препаратов, соответствовать индивидуальным целевым показателям гликемии. В этом отношении безопасными и эффективными препаратами являются ингибиторы ДПП, особенно при наличии старческой астении. При выраженных когнитивных нарушениях требуется пересмотр схем инсулинотерапии в пользу фиксированных комбинаций.

Оценка кардиоваскулярного риска в амбулаторных условиях

Камилова У.К., Исмаилов С.И., Турдиев М.Р.

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

Цель. Оценить кардиоваскулярный риск в условиях сельских врачебных пунктов (СВП) для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Методы исследования. Обследованы 450 лиц в возрасте от 40 до 55 лет, обратившиеся в СВП Жаркурганского района Сурхандарьинской области. Оценивали риск развития сердечно-сосудистых событий по шкале SCORE. Полученные результаты. Результаты исследования выявили следующие факторы риска: курение встречалось у 54%, ожирение у 43%, гиподинамия у 48%, АГ выявлялась у 37,3% лиц. Результаты исследования суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE выявили: низкий сердечно-сосудистый риск был выявлен в 59% случаях, средний – в 16%, умеренный риск у 12%, высокий у 8% и очень высокий риск у 5% обследованных. Со всеми обследованными была проведена беседа о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактике. Больным АГ был проведен подбор антигипертензивной терапии и была проведена беседа о факторах риска и самоконтроле АД. Через 1 год повторный осмотр данных лиц выявил встречаемость следующих факторов риска: курение встречалось у 49%, ожирение у 39%, гиподинамия у 43%, АГ выявлялась

у 34% лиц. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE выявила: низкий сердечно-сосудистый риск был выявлен в 60% случаях, средний – в 18% умеренный риск у 10%, высокий у 7% и очень высокий риск у 5% обследованных.

Выводы. Применение шкалы SCORE в условиях первичного звена здравоохранения будет способствовать оценке сердечно-сосудистого риска и разработке профилактических мер по борьбе с основными факторами риска.

Оценка сравнительной эффективности лозартана и лизиноприла на показатели функционального состояния почек и почечного кровотока у больных с хронической сердечной недостаточностью

Камилова У.К., Расулова З.Д., Ибабекова Ш.Р., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.

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

Цель исследования: сравнить влияние лозартана и лизиноприла на функциональное состояние почек и почечный кровоток у больных I-III функциональным классом (ФК) ХСН. Материал и методы исследования. Всего было обследовано 172 больных с ИБС с I-III ФК ХСН исходно и через 6 месяцев лечения. Первую группу (I) составили 82 больных с I-III ФК ХСН, принимавшие в течение 6 месяцев в составе стандартной терапии – лизиноприл, вторую группу (II) – 90 больных с I - III ФК ХСН (27 больных) – лозартан; (средняя доза лизиноприла - $6,8 \pm 2,6$ мг/сут, лозартана - $76,3 \pm 25,6$). Средний возраст больных составил $62,3 \pm 5,6$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам исследован почечный кровоток по данным доплерографии почечных артерий, определяли уровень сывороточного креатинина (Кр) и скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) высчитывалась по расчетной формуле MDRD. Оценка почечного кровотока проводилась путем доплерографии с определением пиковой систолической скорости кровотока (Vs), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Vd), усредненная по времени скорость кровотока (Vmean), резистентный индекс (RI), пульсационный индекс (PI) на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артериях. Результаты исследования. Результаты исследования показали, у больных с III ФК ХСН средние значения Кр были выше возрастной нормы, а значения рСКФ у больных с II и III ФК ХСН на 54,9% и 54,3% превышали значения контрольной группы. Средние показатели СКФ у больных с II-III ФК ХСН соответствуют 2 и 3 стадиям хронической болезни почек (ХБП). На фоне 6-месячного лечения с включением лизиноприла у больных с I ФК ХСН отмечалась снижение креатинина 14,6%, и достоверное увеличение СКФMDRD на 19,7% ($p < 0,05$); у больных с II ФК ХСН достоверное увеличение СКФMDRD на 26% ($p < 0,02$) и уменьшение Кр на 17,4% ($p < 0,05$). А у больных с III ФК ХСН отмечалась только тенденция к улучшению показателей фильтрационной функции почек. На фоне 6-месячного лечения с включением лозартана было отмечено у больных I ФК повышение рСКФ на 26% ($p < 0,02$) с достоверным уменьшением Кр на 27,2% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными показателями. У больных II и III ФК с достоверным уменьшением Кр на 21,6% и 20,4% ($p < 0,02$) соответственно по сравнению с исходными показателями. Анализ данных почечной гемодинамики показал, что у всех пациентов с I-III ФК ХСН первой и второй группы на уровне правой и левой почечных, а также сегментарных и долевых артерий отмечено достоверное повышение RI, снижение Vs и Vd, по

сравнению с контролем, полученные данные в обеих группах были сопоставимы. Шестимесячное лечение с включением лозартана и лизиноприла у больных ХСН I-III ФК привело к улучшению показателей почечного кровотока на уровне правой и левой почечной артерии, а также сегментарных почечных артерий у больных ХСН первой группы на уровне правой и левой почечных артерий было отмечено снижение RI на 12,3% и 11,8% ($p<0,05$) и PI – на 17,8% и 16,5% ($p<0,05$) индекса, увеличение Vs – на 12,3% и 12,9% и Vd – на 14,2% и 12,2% ($p<0,05$) по сравнению с исходными показателями; у больных второй группы тенденция снижения показателей RI на 9,9% и 7% и PI – на 15,5% и 13,5% ($p<0,05$ и $p<0,05$), увеличение Vs – на 9,9% и 11,9% и Vd – на 13,5% и 11,5% ($p<0,05$) по сравнению с исходными показателями. Также было отмечено улучшение показателей почечного кровотока на уровне сегментарных и долевых артерий в обеих группах. Выводы. Таким образом, у больных ХСН I-III ФК на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артерий было отмечено наряду с увеличением резистивных параметров снижение скоростных показателей в период систолы и диастолы по сравнению с показателями контроля. Снижение СКФ и изменения почечной гемодинамики у больных с ХСН могут использоваться для ранней диагностики функционального состояния почек и являются ранними предикторами дисфункции почек. Шестимесячное лечение у больных ХСН I-III ФК с включением лозартана и лизиноприла увеличивает СКФ и улучшает показатели почечного кровотока без статистически значимых различий в группах.

Взаимосвязь нейрогормональных показателей с параметрами ремоделирования сердца и дисфункцией почек у больных с хронической сердечной недостаточностью

Камилова У.К., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р., Нурутдинов Н.А., Утемуратов Б.Б., Тошев Б.Б.

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

Цель. Изучить взаимосвязь уровней мозгового натрийуретического пептида (МНУП), альдостерона (Ал) и норадреналина (НА) в сыворотке крови с параметрами ремоделирования левого желудочка и функционального состояния мочек у больных со II и III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Были обследованы 46 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ХСН с II ((24) и III (22) ФК, согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов. Всем больным проводили эхокардиографию, определяли креатинин в сыворотке крови, расчетным методом скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле MDRD, иммуноферментным методом определяли уровень Ал, МНУП и НА.

Результаты. При ХСН наблюдалось достоверное увеличение уровня МНУП, НА и Ал в плазме крови, коррелирующее со степенью прогрессирования заболевания, при этом у больных со II ФК преобладают средневысокие уровни нейрогормонов, а у больных с III ФК высокие уровни этих показателей. У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП и Ал на 187%, 30% и на 36% ($p<0,001$), а у больных III ФК на 330%, 56% и 66,3% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с контрольной группой. Установлена зависимость степени дисфункции почек и процессов ремоделирования от уровня нейрогормональных факторов (МНУП, Ал, НА) у больных ХСН. Выявлена ассоциация уровня нейрогормонов МНУП, Ал и НА с показателями ремоделирования сердца: высокая обратная корреляция

с ФВ ($r=0,76$, $r=0,70$ и $r=0,72$ соответственно), средняя обратная с рСКФ с коэффициентом корреляции $r=0,45$, $r=0,35$ и $r=0,38$ соответственно и прямая корреляция с КДО ЛЖ ($r=0,75$, $r=0,78$ и $r=0,70$ соответственно). Заключение. Таким образом, у больных ХСН достоверное увеличение нейрогормональных факторов НА, МНУП и Ал ассоциировано с ФК ХСН, степенью систолической дисфункции ЛЖ и дисфункцией почек. У больных со II ФК ХСН преобладали средневысокие значения нейрогормонов, с III ФК ХСН – высокий уровень повышения нейрогормонов НА, МНУП и Ал.

Влияния занятий скандинавской ходьбой на показатели качества жизни и здоровья в реабилитации женщин пожилого возраста

Кантемирова Р.К., Крысюк О.Б., Фидарова З.Д.

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Корни Скандинавской ходьбы в России произрастают из Санкт-Петербурга, где в первом десятилетии нынешнего века был изучен и освоен опыт северных соседей в ходьбе с палками. Здесь же Скандинавскую ходьбу начали практиковать не только как вид физической активности, но и как метод медицинской реабилитации, наиболее популярный у людей пенсионного возраста. Данные о влиянии занятий ходьбой с палками на качество жизни и здоровье российских женщин пожилого возраста, наиболее восприимчивых к данному виду физической активности, нуждаются в изучении и осмыслении. Это особо актуально с учетом наличия у них коморбидной патологии, представленной кардиоваскулярными заболеваниями, остеохондрозом, артрозами, избыточной массой тела и др.

Цель настоящего исследования состояла в изучении влияния занятий ходьбой с палками на отдельные показатели качества жизни и здоровья женщин пожилого возраста, занимавшихся Скандинавской ходьбой в Санкт-Петербурге под руководством дипломированного инструктора с целью укрепления и восстановления здоровья.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов занятий ходьбой с палками в группе 20-ти жительниц Санкт-Петербурга, возраст от 65 до 85 лет, средний возраст которых составил 72,5±3,6 года. Занятия проходили под руководством подготовленного по методике INWA инструктора Скандинавской ходьбы на базе медицинского учреждения Санкт-Петербурга 2-3 раза в неделю. Все занимающиеся заполняли опросники качества жизни (КЖ) – специализированный Миннесотский опросник для больных хронической сердечной недостаточностью и общепопуляционный опросник MOS SF-36 и вели дневники артериального давления.

Результаты исследования и их обсуждение. Специализированный кардиологический Миннесотский опросник КЖ выявил тенденцию к улучшению КЖ через полгода (28,7±2,39 до начала занятий против 22,7±1,64 после полгода занятий, $p=0,0617$) и достоверное улучшение КЖ по окончании первого года тренировок (28,7±2,39 до начала занятий против 10,6±1,46 после 1 года занятий, $p=0,0001$). Результаты анализа качества жизни по шкале боли опросника MOS SF-36 (кардиалгии, цефалгии, цервикалгии, артралгии) продемонстрировали достоверное улучшение показателей данной шкалы через полгода (99,4±3,28 до начала занятий против 92,6±3,48 после полгода занятий, $p=0,001$) и к окончанию первого года занятий (99,4±3,28 до начала занятий против 83,0±3,49 после 1 года занятий, $p=0,0001$). Динамика показателей артериального давления через 1 год тренировок выявила достоверное уменьшение

как систолического артериального давления ($141,8 \pm 3,01$ до занятий против $127,9 \pm 1,74$ после 1 года занятий, $p=0,0016$), так и диастолического артериального давления ($85,7 \pm 1,18$ до занятий против $80,5 \pm 0,83$ после 1 года занятий, $p=0,0032$). Следовательно, в результате групповых занятий ходьбой с палками под руководством подготовленного инструктора уже через полгода достоверно возросло качество жизни женщин пожилого возраста. В частности, уменьшились показатели шкалы боли опросника MOS SF-36 и появилась тенденция к улучшению качества жизни по Миннесотскому опроснику. По истечении первого года занятий выявлено значимое улучшение качества жизни по обоим опросникам, а также достоверное уменьшение как систолического, так и диастолического артериального давления.

Таким образом: Скандинавская ходьба обладает выраженным реабилитационным потенциалом у женщин пожилого возраста с наличием таких коморбидных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника и деформирующий остеоартроз. Лечебные эффекты данной реабилитационной технологии в виде тенденций и значимых фактов появляются уже через полгода занятий и достоверно возрастают к окончанию первого года занятий ходьбой с палками.

Сравнительный анализ качества жизни у пациентов пенсионного возраста с ишемической болезнью сердца, подвергнутых различным методам реваскуляризации

Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Свиридова Е.О., Сеницын И.В., Габуева М.Э.

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель – изучить влияния клинических проявлений ишемической болезни сердца на качество жизни пациентов разных возрастных групп перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда.

Материалы и методы: в ходе исследования в клинике обследовано 365 пациентов с ИБС, перенесших в прошлом хирургическую реваскуляризацию миокарда (ХРМ), в том числе 198 пациентов (54,25%), подвергшихся операции стентирования, 167 пациентов (45,75%) – шунтированию коронарных артерий. Проводился анализ данных предоперационной коронарной ангиографии, отмечены достоверно значимые возрастные различия, около трети больных имели трёхсосудистое поражение. Результаты. Так, у лиц старшего трудоспособного (пенсионного возраста) (ПВ) данные изменения отмечены в 36,2% случаев, у лиц трудоспособного возраста (ТВ) – в 28,4% случаев, $\chi^2=9,87$; $p<0,05$. Клинически значимые стенозирующие или окклюзирующие процессы в двух коронарных артериях отмечены у 31,6% пациентов ТВ и в 26,2% случаев у пенсионного возраста ($\chi^2=9,64$; $p<0,05$). Стеноз основного ствола левой коронарной артерии в силу клинико-прогностических особенностей данного типа поражения являлся исключением для аналитической выборки. Отмечено также, что пациентам с двухсосудистым поражением операция аортокоронарное шунтирование (АКШ) достоверно чаще выполнялась больным ТВ (30,8% и 17,1%, соответственно, $\chi^2=10,11$; $p<0,01$), тогда как при трёхсосудистом поражении ХРМ проводилась в 53,9% случаев лицам ТВ и в 38,5% случаев пожилым ($2=10,15$; $p<0,01$). Динамическое наблюдение позволило выявить особенности течения послеоперационного периода. Так, было отмечено, что у лиц ТВ рецидивы на 2-й год после операции

регистрировались в 2,6 раза чаще по сравнению с пожилыми (19,5% и 7,6% соответственно, $\chi^2=11,01$; $p<0,01$), а на 3-й год – в 3 раза чаще (8,9% и 2,9% соответственно, $\chi^2=8,15$; $p<0,05$). Клиническое наблюдение выявило, что, в группе лиц ПВ, по сравнению с лицами ТВ, достоверно чаще регистрировались лица без рецидива стенокардии (отсутствие ангинозных приступов) на всем сроке наблюдения (29,7% и 11,6% случаев, соответственно, $\chi^2=11,14$; $p<0,01$), что наглядно подтверждает успешность реваскуляризации миокарда у пациентов пожилого возраста. На момент обследования достоверной возрастной разницы в тяжести стенокардии не отмечалось: преобладала стенокардия II ФК (67,4% у пожилых и 63,7% в группе ТВ, $p>0,05$). ФК I выставлялся редко и достоверно чаще был у лиц ТВ (9,5%), чем у пожилых (4,0%), $\chi^2=8,71$; $p<0,05$. ФК III был отмечен в 9,1%, ФК IV не встречался. Кроме того, не выявлено статистически значимых возрастных различий между группами и внутри них по виду ХРМ и степени тяжести стенокардии.

Выводы: исходя из современных представлений о том, что хирургическое восстановление коронарного кровообращения в большинстве случаев выполняется для уменьшения влияния клинических проявлений ишемической болезни на качество жизни больных (в том числе на потенциальную возможность бытовой и трудовой деятельности), можно констатировать высокую эффективность в достижении этой цели у пожилых пациентов.

Особенности определения функционального класса хронической сердечной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью легких

Кароли Н.А., Бородкин А.В., Ребров А.П.

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

Цель исследования. Выявить информативность определения функционального класса сердечной недостаточности у больных ХОБЛ с использованием 6-минутного теста и опросника ШОКС.

Материалы и методы. В исследование было включено 139 больных ХОБЛ и ХСН (60 пациентов с наличием инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе и 79 больных без ИМ в анамнезе), 100 пациентов с ХОБЛ без ХСН и 42 человека с ХСН без ХОБЛ. Критериями включения в исследование были возраст старше 40 лет и менее 80 лет; наличие диагностированной ХОБЛ согласно рекомендациям GOLD (2006) и/или наличие ХСН у больных с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), установленной согласно рекомендациям РКО, 2013 г. Критериями исключения явились: нестабильная ИБС (ИМ, острый коронарный синдром) и острое нарушение мозгового кровообращения менее чем за 3 месяца до включения в исследование; сахарный диабет; пороки сердца, миокардит, кардиомиопатии; неконтролируемая артериальная гипертензия; другие респираторные заболевания; онкологические заболевания. Оценка функционального класса (ФК) ХСН производилась по шкале ШОКС (шкала оценки клинического состояния) в модификации В.Ю. Мареева (2000 г.) и по тесту 6-ти минутной ходьбы.

Результаты. Установлено наличие взаимосвязи между оценкой ФК ХСН разными методами как у пациентов с изолированной ХСН ($r=0,41$, $p<0,01$), так и у больных с ХОБЛ и ХСН ($r=0,51$, $p<0,001$). При использовании теста с 6-ти минутной ходьбой ФК ХСН у пациентов с коморбидной патологией преимущественно оценивается как высокий – III-IV. Причем ФК IV диагностируется чаще, чем у больных с изолированной ХСН после ИМ ($p<0,05$ для всех групп пациентов с коморбидной патологией). Результат теста

с 6-минутной ходьбой у пациентов с коморбидной патологией был достоверно ниже, чем у больных с ХОБЛ и ХСН без ХОБЛ. Необходимо отметить, что у 67,2% пациентов с ХОБЛ без признаков СН толерантность к физической нагрузке была снижена до уровня 425 м и ниже. При использовании шкалы ШОКС при оценке ФК ХСН у пациентов с ХОБЛ и ХСН чаще диагностируется II ФК СН (в 1,5-2 раза чаще, чем у лиц с изолированной ХСН). У больных с изолированной ХСН отмечено отсутствие достоверных различий в оценке ФК ХСН по результатам 6-минутного теста и по шкале ШОКС. В то же время у пациентов с ХОБЛ и ХСН установлено достоверно более частая констатация наличия ФК I ($p<0,05$) и II ($p<0,001$) и более редкая – III ($p<0,001$) и IV ($p<0,001$) по результатам ШОКС, чем по результатам 6-минутного теста. При сравнении данных, полученных по результатам теста с 6-минутной ходьбой и ШОКС, было отмечено, что в 90-100% случаев постановка II ФК по тесту с 6-ти мин. ходьбой у коморбидных пациентов совпала с результатами оценки по ШОКС, а диагностика IV ФК ХСН по ШОКС в 100% случаев совпала с результатами 6-ти минутного теста. При этом у больных с ХОБЛ и перенесенным ИМ различия в оценке функционального класса ХСН отсутствовали при установлении I и IV ФК, в то время как у пациентов с ХОБЛ и ХСН без перенесенного ИМ различия выявлялись при оценке ФК II-IV. Общее количество баллов по ШОКС достоверно больше у пациентов с ХСН без ХОБЛ. При оценке отдельных параметров ШОКС отмечено, что у больных ХОБЛ и ХСН, прежде всего с неишемической ХСН, достоверно более выражена одышка. Данная особенность может быть обусловлена выраженностью лёгочной патологии: среди больных ХОБЛ и ХСН большинство пациентов имели тяжелое или крайне-тяжелое течение ХОБЛ. Пациенты с ХОБЛ и ХСН с жалобами на одышку в покое по сравнению с лицами с одышкой только при физической нагрузке имели более длительный анамнез одышки ($p<0,05$), большую выраженность гипоксии ($p<0,05$), большую тяжесть обструкции ($p<0,001$), большее количество баллов по результатам САТ теста ($p<0,001$). При этом не отмечено взаимосвязи между выраженностью одышки и фракцией выброса ЛЖ, уровнем NT-проBNP. Полученные данные свидетельствуют, что одышка у пациентов с коморбидной патологией в немалой степени обусловлена ХОБЛ. Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что используемые в современной кардиологии тесты для определения ФК ХСН не позволяют в полной мере объективно оценить ее выраженность у лиц с коморбидной кардиореспираторной патологией. Наличием дыхательной недостаточности может приводить к гипердиагностике тяжести ХСН у пациентов с сочетанной кардиореспираторной патологией. Возможно, у таких больных необходимо ставить в приоритет использование шкалы ШОКС, при этом, вероятно, для большей объективизации стоит исключить из нее вопросы, касающиеся одышки.

Прогностические маркеры развития неблагоприятных исходов у больных хронической обструктивной болезнью легких и хронической сердечной недостаточностью

Кароли Н.А., Бородкин А.В., Ребров А.П.

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

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) являются ведущими причинами смертности во всем мире. Обе патологии составляют опасный тандем, в котором реализуются патологические механизмы, приводящие к повреждению сосудистой стенки, что увеличивает риск развития неблагоприятных исходов. Выявление предикторов сердечно-сосудистых осложнений позволит оптимизировать помощь данным больным.

Материалы и методы. Обследовано 35 больных с ХОБЛ (без анамнеза ишемической болезни сердца), 68 больных с ХОБЛ и ХСН, 28 пациентов с ХСН ишемического генеза. Критериями включения в исследование были мужской пол, возраст старше 40 лет и менее 80 лет; наличие диагностированной ХОБЛ согласно рекомендациям GOLD (2011 г.) и/или наличие ХСН у больных с перенесенным ИМ, установленной согласно рекомендациям Российского кардиологического общества (2013 г.). Критериями исключения явились: нестабильная ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия) и острое нарушение мозгового кровообращения менее чем за 3 месяца до включения в исследование; сахарный диабет; пороки сердца, миокардит, кардиомиопатии; неконтролируемая артериальная гипертензия; острые и хронические заболевания в фазе обострения; другие респираторные заболевания; онкологические заболевания; постоянная форма фибрилляции, либо трепетания предсердий. Проводилось общеклиническое обследование больных, определение уровней NT-проBNP, галектина-3, С-реактивного белка, белков, связывающих жирные кислоты, параметров жесткости артериальной стенки; выполнялась эхокардиография, рассчитывался индекс коморбидности Чарльсона. Посредством телефонного контакта все больные (или их родственники) через год после начала исследования были опрошены на предмет наличия у них за этот период таких неблагоприятных исходов, как декомпенсация ХСН, сердечно-сосудистые осложнения (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, инфаркт головного мозга); летальный исход.

Результаты. Сочетание ХОБЛ и ХСН сопровождается увеличением вероятности развития декомпенсации сердечной недостаточности (RR 0,08, 95% ДИ 0,01 – 0,57, $p<0,001$) и риска летального исхода (OR 0,10, 95% ДИ 0,006 - 1,79, $p<0,05$) по сравнению с изолированным течением ХОБЛ. Основными причинами смерти пациентов с сочетанной патологией явились дыхательная недостаточность и сердечно-сосудистые осложнения. Декомпенсация ХСН в 3,6 раз чаще развивалась у пациентов с ХОБЛ и ХСН ишемического генеза, чем у больных без перенесенного инфаркта миокарда. Группу риска по развитию острой декомпенсации СН в течение ближайшего года составляют пациенты с ХОБЛ и ХСН с длительностью артериальной гипертензии более 10 лет, имеющие 3-4 функциональный класс ХСН, признаки декомпенсации по малому кругу кровообращения, клинику стенокардии, значение индекса коморбидности Чарльсона более 4 баллов, перенесшие инфаркт миокарда. Наиболее значимыми прогностическими эхокардиографическими параметрами явились: выраженная дилатация левого желудочка, правого и левого предсердий, снижение фракции выброса левого желудочка менее 45%. Развитие сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ХОБЛ и ХСН взаимосвязано с повышением артериальной ригидности. Увеличение общей смертности ассоциировано с наличием сахарного диабета, высоким функциональным классом стенокардии, выраженностью сердечной недостаточности, тяжестью ХОБЛ, интенсивностью курения, с развитием гипертрофии правого желудочка и повышенной артериальной ригидностью. Заключение. Полученные результаты позволят сформировать группы высокого риска и оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

Влияние климатических показателей на заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в Туркестанской области и других регионах Казахстана

Кауызбай Ж.А., Сейсембеков Т.З., Сейдахметова А.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Медицинский университет Астаны, Шымкент, Астана, Республика Казахстан

Введение. Территория Туркестанской области (ТО) – 117,3 тыс. кв. км, или 4,3% территории Казахстана, расположена в очень засушливой предгорной зоне, в Южном регионе (ЮР) Казахстана. Характеризуется резко континентальным климатом: зима мягкая, короткая, с частыми оттепелями, лето знойное, засушливое, продолжительное. Средняя температура января на севере области – 12°C, на юге – 4-2°C, в июле месяце +30-35°C. ТО имеет свои климатические особенности, влияние которых на показатели сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности до сих пор недостаточно исследованы.

Цель. Анализ показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) по ТО и других регионов РК в зависимости от среднегодовых климатических показателей.

Материалы и методы. Анализируются материалы по влиянию ряда климатических показателей: атмосферного давления, количества осадков, температуры приземного воздуха по данным «Казгидромет» по областям и регионам Казахстана на заболеваемость и смертность от БСК, а также корреляционная связь со статистическими данными по заболеваемости и смертности от БСК за 2000-2013 гг. среди взрослого населения по ТО и других регионов РК.

Результаты и обсуждение. Заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС) в ТО выше республиканских и имеет тенденцию к последующему росту, особенно с 2006 года (454,3 при среднее республиканском показателе 386,0) и возросла до 559,6 в 2009 г., в 2013 г. = 519,0 (по РК=500,6 на 100 тыс. населения). В ЮКО, в противоположность высоким показателям заболеваемости ИБС в течение всех лет наблюдается самая низкая по регионам республики заболеваемость острым инфарктом миокарда (ОИМ) – от 28,7 в 2000 г. до 31,8 (2009) и 31,5 (2013) при соответствующих среднее республиканских показателях в эти же годы от 58,0; 56,8 и 57,5 на 100 тыс. населения. В остальных регионах заболеваемость ИБС ниже, особенно в Западном, составляя в 2009 г. 338,9 при среднереспубликанском показателе 457,3 и в 2013 г. = 402,2 на 100 тыс. населения. Показатели впервые выявленной артериальной гипертензии (АГ) в ЮР почти в 2 раза выше, чем в Северном регионе (СР). Отмечается положительная динамика летальности от ССЗ в РК, к 2013 г. оно составило 207,4 на 100 тыс. населения. При этом, достоверно низкие показатели летальности от БСК отмечены за все годы в ТО = 136,8. Прослеживается достоверная коррелятивная взаимосвязь между анализированными показателями ССЗ (ИБС, ОИМ, АГ,) и смертностью от БСК по ТО (коэффициент корреляции соответственно $r = 0,29; 0,23; 0,35$ и $0,24$). В ТО влияние климатических факторов на показатели ССЗ и смертности прослеживается более значимо, по большинству из них отмечается средней и высокой степени корреляционная зависимость. Особенно необходимо отметить, влияние или взаимосвязь показателей атмосферного давления на ССЗ и смертность. Так, между величиной атмосферного давления и показателем смертности от БСК в ЮКО выявлена прямая достоверная корреляционная зависимость ($r=0,85$). Несколько менее выраженная и отрицательная, но также достоверная взаимосвязь показателя смертности от БСК и среднегодовой величины показателя приземного атмосферного воздуха. Величина атмосферного давления имеет средней силы отрицательную взаимосвязь с показателем заболеваемости ИБС, АГ и только с показателем заболеваемости ОИМ величина атмосферного давления имеет слабую отрицательную корреляцию ($r=-0,29$). Следовательно, в ТО среди климатических показателей наибольший вклад в показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности вносит величина атмосферного давления, оказывающее непосредственное влияние на смертность от БСК и на заболеваемость ИБС, АГ, и достоверно, на заболеваемость ОИМ. Влияние других анализированных показателей климата на ССЗ и смертность в ТО менее значимо.

Выводы. Заболеваемость и смертность от БСК имеет существенные различия по регионам Казахстана. В северных регионах на них большее

влияние оказывают такие факторы как количество осадков и температура приземного воздуха, меньше влияние атмосферного давления. В ТО на среднегодовые показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности наиболее значимо влияние показателей атмосферного давления, меньше количества осадков и температуры приземного воздуха.

Изучение атеросклероза и артериальной гипертензии с позиции хронической склеротической болезни

Кац Я.А.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Опыт последних лет позволил сделать заключение о целесообразности и продуктивности рассматривать хроническую склеротическую болезнь (ХСБ) как наддозологическое понятие, включающее в себя гетерогенную группу состояний и заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повреждением органов и тканей, с формированием склероза (фиброза, цирроза, рубца), что приводит к вторичному развитию органных и организменных дисфункций вплоть до терминальных состояний. Таким образом, делается акцент на значение фиброгенеза, как процесса, занимающего центральное место в патогенезе ХСБ и определяющего конечный этап хронического повреждения органов и тканей в виде образования склероза. Действительно, независимо от этиологии повреждение каждого органа и/или ткани завершается образованием соединительной ткани или склероза (фиброз, цирроз, рубец). Причем, от адекватности и степени выраженности этого процесса часто зависит защитный характер этой реакции (посттравматические, ожоговые, послеоперационные повреждения). В то же время, когда активное рубцевание происходит в органах, то в связи с замещением функционально-активных «микрорайонов» склеротически измененной тканью, постепенно развивается органный недостаток. Например, стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов и кардиосклероз ведут к развитию сердечной недостаточности, пневмосклероз – к дыхательной и т.д. В этих случаях, а так же при чрезмерной активности процесса рубцевания, его извращения или неадекватности, когда на «малое» повреждение развивается «большой» рубец или диффузное склерозирование, возникает необходимость корректирующего воздействия на процессы рубцевания или склероза. Особенно часто такая задача стоит перед врачом при наличии «склеротических» болезней, к которым кроме явных заболеваний, сопровождающихся диффузным поражением соединительной ткани (ревматизм, СКВ, дерматомиозит и т.д.) относятся «скрытые», из которых следует отметить гипертоническую болезнь, сахарный диабет, хронический нефрит (микроангиосклерозы) и атеросклероз (макроангиосклероз). При этом основным плацдармом и морфологическим компонентом повреждения являются сосуды. Процессы, характеризующие повреждение – тканевое воспаление или васкулиты, с формированием, в конечном итоге, – склероза. Понятно, что чем выше темп развития склеротической болезни, тем раньше и с большей выраженностью разовьются процессы недостаточности поврежденного органа или ткани. Отсюда значимость предлагаемого тестирования развития ХСБ по степени активности функциональных систем коллагенолиза и коллагенообразования, от соотношения активности которых зависит ход склеротического процесса. Изучение тонкой взаимосвязи между интимными биохимическими процессами, характеризующими эндотелиальную дисфункцию, как одного из важнейших этапов развития атеросклероза и гипертонической болезни и соотношением активности функциональной коллагенообразующей системы и функциональной системы коллагенолиза может быть

использовано, как для прогнозирования темпа склерозирования, так и для профилактики развития сердечной недостаточности.

Мета-анализ сравнение безопасности дапаглифлозина с препаратами группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Квасников Б.Б., Староверова И.Н.

ООО "АстраЗенека Фармасьютикалз", Москва

Цель: количественное сравнение данных по эффективности и безопасности дапаглифлозина или ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (идПП-4) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Материалы и методы: в мета-анализ были включены только рандомизированные клинические исследования по сахароснижающей эффективности дапаглифлозина или идПП-4 в монотерапии с участием пациентов с СД2 18 лет и старше с периодом наблюдения не менее 3 месяцев. Конечными точками, оцениваемыми в данном анализе, явились следующие параметры безопасности: частота развития гипогликемии, урогенитальных инфекций, любых нежелательных явлений (НЯ), включая серьезные (СНЯ), приведших к исключению пациента из исследования. Результаты: частота развития гипогликемии при применении дапаглифлозина статистически значимо не отличалась от таковой при назначении идПП-4. Отношение шансов (ОШ) для пары линаглиптин и дапаглифлозин составляло 1,07:1 (95% ДИ: 1:3,1; 3,6:1), для пары ситаглиптин и дапаглифлозин ОШ 1:1,17 (95% ДИ: 1:2,9; 2,1:1), для пары вилдаглиптин и дапаглифлозин – ОШ 1:2,01 (95% ДИ: 1:6,0; 1,5:1) и пары саксаглиптин и дапаглифлозин ОШ 1:2,05 (95% ДИ: 1:5,3; 1,2:1). При оценке частоты развития урогенитальных инфекций статистически значимой разницы при применении дапаглифлозина по сравнению с идПП-4 зарегистрировано не было. Так, пара линаглиптин и дапаглифлозин имела ОШ 1,33:1 (95% ДИ 1:1,5; 2,7:1). Для пар ситаглиптин и дапаглифлозин ОШ составляло 1,12:1 (95% ДИ 1:1,8; 2,2:1), вилдаглиптин и дапаглифлозин - 1:1,24 (95% ДИ: 1:3,9; 2,5:1) и саксаглиптин и дапаглифлозин - 1,29:1 (95% ДИ: 1:1,2; 2,1:1). Абсолютное число пациентов с любыми нежелательными явлениями было сопоставимо для пар ситаглиптин и дапаглифлозин (ОШ: 1:1,10; 95% ДИ: 1:1,5; 1,2:1), вилдаглиптин и дапаглифлозин (ОШ 1:1,37; 95% ДИ: 1:2,0; 1,1:1) и саксаглиптин и дапаглифлозин (ОШ 1:1,03; 95% ДИ 1:1,4; 1,3:1). Значения в паре линаглиптин и дапаглифлозин статистически значимо различались (ОШ 3,03:1; 95% ДИ: 1,9:1; 4,7:1). Абсолютное число пациентов с любыми нежелательными явлениями, приведшими к исключению пациента из исследования, статистически значимо различались в парах ситаглиптин и дапаглифлозин (ОШ 1:1,91; 95% ДИ 1:2,9; 1:1,2) и вилдаглиптин и дапаглифлозин (ОШ 1:1,84; 95% ДИ: 1:2,8; 1:1,2). Не было установлено статистической значимости для пары препаратов линаглиптин и дапаглифлозин (ОШ 1,89:1; 95% ДИ 1:1,1; 3,8:1) и пары саксаглиптин и дапаглифлозин (ОШ 1:1,36; 95% ДИ: 1:2,1; 1,2:1). Абсолютное число пациентов с серьезными нежелательными явлениями (СНЯ) статистически значимо различались для пары линаглиптин и дапаглифлозин – ОШ составило 1,80:1 (95% ДИ: 1,02:1; 3,1:1). ОШ для пар ситаглиптин и дапаглифлозин, вилдаглиптин и дапаглифлозин и саксаглиптин и дапаглифлозин составило 1:1,03 (95% ДИ: 1:1,4; 1,4:1), 1:1,16 (95% ДИ: 1:1,6; 1,2:1) и 1:1,05 (95% ДИ: 1:1,5; 1,4:1) соответственно. Выводы: частота возникновения гипогликемических состояний у пациентов с СД2 в условиях применения дапаглифлозина и идПП-4 сопоставима. У пациентов с СД2 применение дапаглифлозина в

виде монотерапии не сопровождалось значимым увеличением частоты развития урогенитальных инфекций по сравнению с аналогичными режимами терапии препаратами класса идПП-4. Частота развития любого НЯ/СНЯ у пациентов с СД2 сопоставима в группах дапаглифлозина и ингибиторов ДПП-4 за исключением линаглиптина.

Мета-анализ данных по сахароснижающей эффективности, влиянию на массу тела и артериальное давление при использовании дапаглифлозина или препаратов группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Квасников Б.Б., Староверова И.Н.

ООО "АстраЗенека Фармасьютикалз", Москва

Цель: Сравнение данных по эффективности дапаглифлозина или ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (идПП-4) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Материалы и методы: в мета-анализ были включены только рандомизированные клинические исследования по сахароснижающей эффективности дапаглифлозина или идПП-4 в монотерапии с участием пациентов с СД2 18 лет и старше с периодом наблюдения не менее 3 месяцев. Конечными точками, оцениваемыми в данном анализе, явились: динамика изменений массы тела (МТ), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), доля пациентов с достижением индивидуального целевого значения HbA1c. Результаты: снижение МТ при применении дапаглифлозина было статистически значимо выраженным по сравнению с таковым на линаглиптине - средняя разница составила 2,48 кг; 95% ДИ 1,13-3,85; интервал предсказания (PrI) -0,17; 5,13; по сравнению с ситаглиптином разница составила 2,31 кг; 95% ДИ 1,36-3,26; PrI -0,13; 4,75 и в сравнении с саксаглиптином - 1,38 кг; 95% ДИ: 0,17; 2,59; PrI -1,18; 3,95. При сравнении дапаглифлозина и вилдаглиптина значимой разницы в отношении снижения МТ не зарегистрировано: средняя разница - 0,93 кг; 95% ДИ: -0,22; 2,08; PrI: -1,61; 3,47. Значимых различий в отношении среднего изменения САД между дапаглифлозином и ситаглиптином [-3,78 мм рт.ст (95% ДИ: -16,67; 9,11)] и дапаглифлозином и вилдаглиптином [-2,60 мм рт.ст (95% ДИ: -18,74; 13,54)] не выявлено. Не отмечалось значимых различий и в изменении средних значений ДАД между дапаглифлозином в сравнении с ситаглиптином [1,8 мм рт.ст (95% ДИ: -5,32; 1,72)] и вилдаглиптином [1,35 мм рт.ст (95% ДИ: -4,51; 1,81)]. Мультивариантный анализ абсолютного числа пациентов с достижением индивидуального целевого значения HbA1c не выявил значимой разницы между сравниваемыми парами препаратов. Отношения шансов составили 1:1,68 для пар ситаглиптина с дапаглифлозином (95% ДИ: 1:1,87; 6,7:1) и линаглиптина с дапаглифлозином (95% ДИ: 1:21,7; 7,7:1), 1:1,87 - вилдаглиптина с дапаглифлозином (95% ДИ: 1:5,4; 19,1:1) и 1:1,55 саксаглиптина с дапаглифлозином (95% ДИ: 1:17,2; 7,1:1). Выводы: у пациентов с СД2 применение дапаглифлозина сопровождалось статистически значимо большим снижением массы тела по сравнению с терапией препаратами класса идПП4, за исключением вилдаглиптина. По влиянию на уровень систолического и диастолического АД дапаглифлозин не отличался от ингибиторов ДПП-4. Частота достижения индивидуального целевого значения HbA1c у пациентов с СД2 сопоставима в группах дапаглифлозина и ингибиторов ДПП-4.

Мета-анализ сравнение сахароснижающей эффективности дапаглифлозина с препаратами группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Квасников Б.Б., Староверова И.Н.

ООО "АстраЗенека Фармасьютикалз", Москва

Цель: количественное сравнение данных по эффективности гликемического контроля дапаглифлозина с ингибиторами дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Материалы и методы: в мета-анализ были включены только рандомизированные клинические исследования по сахароснижающей эффективности дапаглифлозина или иДПП-4 (ситаглиптина, вилдаглиптина, саксаглиптина и линаглиптина) в монотерапии с участием пациентов с СД2 старше 18 лет с периодом наблюдения не менее 3 месяцев. Одной из исследованных конечных точек была сахароснижающая эффективность препаратов [динамика гликированного гемоглобина (HbA1c), глюкозы плазмы натощак (ГПН)]. Результаты: у пациентов с СД2 продемонстрировано сопоставимое среднее изменение HbA1c на фоне терапии дапаглифлозином и ингибиторами ДПП-4. Разница показателей среднего изменения HbA1c в сравнении с ситаглиптином составила 0,27 %; 95% доверительный интервал (ДИ): -0,22; 0,76; 95% интервал предсказания (PrI): -1,16; 1,70; с линаглиптином - 0,27 %; 95% ДИ: -0,41; 0,96; 95% PrI: -1,24; 1,79 и с саксаглиптином - 0,33 %; 95% ДИ: -0,18; 0,84; 95% PrI: -1,13; 1,76. Значимые различия были получены при сетевом сравнении изменений средних значений HbA1c в группах дапаглифлозина и вилдаглиптина в пользу первого: 0,90%; 95% ДИ: 0,27; 1,54; 95% PrI: -0,59; 2,39. В результате проведенного сравнения дапаглифлозина с ингибиторами ДПП-4 была установлена его значимо большая эффективность в снижении ГПН: в сравнении с линаглиптином, среднее изменение значений ГПН составила 0,97 ммоль/л; 95% ДИ: 0,06; 1,88; PrI: -0,99; 2,93, с ситаглиптином - 0,78 ммоль/л; 95% ДИ: 1,20; 3,34; PrI: 0,23; 4,31 и с саксаглиптином - 0,93 ммоль/л; 95% ДИ: 0,23; 1,62; PrI: -0,93; 2,78. Среднее изменение значений ГПН при применении дапаглифлозина статистически значимо не отличалось от такового при применении вилдаглиптина - разница показателей составила 0,77 ммоль/л; 95% ДИ: -0,01; 1,55; PrI: -1,12; 2,67. Выводы: У пациентов с СД2 применение дапаглифлозина сопровождается снижением HbA1c, которое сопоставимо со снижением данного показателя, наблюдаемым при назначении ситаглиптина, линаглиптина и саксаглиптина. Снижение гликированного гемоглобина при применении дапаглифлозина более выражено по сравнению с вилдаглиптином. Терапия дапаглифлозином приводит к значимо более выраженному снижению глюкозы плазмы натощак по сравнению с линаглиптином, ситаглиптином и саксаглиптином. Данный эффект дапаглифлозина сопоставим с наблюдаемым снижением ГПН при назначении вилдаглиптина.

Клинический случай: лечение желчнокаменной болезни у пациентки с циррозом печени в исходе вирусного гепатита С

Кейян В.А., Винницкая Е.В., Сандлер Ю.Г.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва

Материалы и методы: пациентка Г., 65 лет, планово поступила в отделение хронических заболеваний печени с жалобами на увеличение

объема живота, ежедневное повышение температуры тела до 37,2 градусов С, постоянный горький привкус во рту, периодические приступообразные боли в правом подреберье через 10 минут после приема пищи, выраженную общую слабость. В процессе комплексного обследования лабораторно по данным общеклинического анализа крови была выявлена тромбоцитопения до 98 тысяч, повышение скорости оседания эритроцитов до 60 мм/час. По данным биохимического анализа крови двукратное повышение показателей цитолиза и билирубина, снижение уровня альбумина до 29 г/л. Также отмечалось снижение протромбина до 59, повышение альфафетопротеина (АФП) до 47 МЕ/мл, были выявлены антитела к вирусному гепатиту С, а при уточнении и проведении дообследования - высокая вирусная нагрузка и генотип 1b. Инструментально при ультразвуковом исследовании (УЗИ) признаки портальной гипертензии (расширение воротной вены (ВВ) до 15 мм., реканализация пупочной вены (ПВ), расширение селезеночной вены (СВ) до 11 мм, увеличение площади селезенки (диаметром 2,3 и 1,8 мм), очаговые изменения правой доли печени (диаметром 2,3 и 1,8 мм), единичный крупный конкремент в полости желчного пузыря диаметром 1,8 мм, билиарный сладж. По данным эзофагогастродуоденоскопии – варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 2 степени. Пациентке бы выставлен основной диагноз: ЦП в исходе вирусного гепатита С, генотип 1b, класс В по СТР (7 баллов), минимальной биохимической активности, осложненный портальной гипертензией (расширением воротной, селезеночной вен, спленомегалией, ВРВП), асцитом 1 ст, с возможной трансформацией в гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК). Первым этапом для исключения ГЦК пациентке была выполнена прицельная тонкоигольная биопсия гиперваскулярных узлов правой доли печени под контролем мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). По результатам микроскопического исследования ткани печени признаки опухолевого роста выявлены не были. Параллельно пациентке проводилась комплексная белковозаместительная и гепатотропная терапия с целью перехода ЦП в класс А по СТР. Вторым этапом была проведена противовирусная терапия (ПВТ), а именно тройная терапия софосбувиром, симепревиrom и рибавирином в дозе 800 мг в течение 24 недель. Непосредственный вирусологический ответ получен был на 4 неделе терапии. В дальнейшем в течение полугодия трижды получен отрицательный результат ультразвукового теста, определяющего РНК вирусного гепатита С, что позволило констатировать устойчивый вирусологический ответ. В течение полугодия после окончания ПВТ отмечена нормализация показателей цитолиза и холестаза, уровня альбумина и регрессия асцита, нормализация АФП, однако имела место тенденция к учащению и усилению болей в правом подреберье. Пациентка была консультирована специалистом отделения гепатобилиарной хирургии, рекомендована лапароскопическая холецистэктомия. Оперативное вмешательство было выполнено с учетом особенностей портального кровотока, уточненных методом 3D-сосудистой реконструкции при МСКТ, в том числе реканализации пупочной вены. В послеоперационном периоде пациентке проводилась альбуминзаместительная, диуретическая, антибактериальная и гепатотропная терапия. В течение последующих 3 месяцев пациентка отметила значительное улучшение качества жизни, минимизацию абдоминальных болей.

Выводы: 1. Любое оперативное вмешательство у пациента с циррозом печени должно быть запланированным после детального обследования. 2. Проведение ПВТ у пациентов с циррозом печени в исходе вирусного гепатита С позволяет прекратить прогрессирование и предупредить декомпенсацию заболевания. 3. Послеоперационный период у данной группы пациентов должен включать тщательный мониторинг асцита, коррекцию коагулопатии, проведение белковозаместительной и диуретической терапии.

Актуальность самооценки пациента в первичной профилактике заболеваний, ассоциированных с ожирением

Килесса В.В., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В., Кучеренко Т.В.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. Проблема ожирения актуальна независимо от социальной и профессиональной принадлежности, места проживания, возраста и пола. В Российской Федерации в среднем 30% лиц трудоспособного возраста страдают ожирением. При этом число женщин с избыточной массой тела возросло на 3%, а мужчин более чем в 3 раза за последние 5 лет. С каждым годом увеличивается число детей и подростков, страдающих ожирением, что влечет за собой повышение процента заболеваемости по сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической, хирургической патологий. Цель. Привлечение большего числа пациентов с ожирением к модификации образа жизни.

Задачи. 1. Оценить степени осознанности и готовности к модификации образа жизни пациентами, страдающими ожирением той или иной степени. 2. Проанализировать наличие связи между ожирением и отягощенной наследственностью. 3. Оценить приверженность пациентов к модификации образа жизни для снижения веса.

Материал и методы. С помощью специально разработанных анкет проведен опрос 50 пациентов с очевидными признаками ожирения. Пациентам задавались следующие вопросы: «Ощущаете ли Вы себя толстым?», «Предпринимали ли Вы попытки к снижению веса и какими способами?», «Были ли в анамнезе закрытые черепно-мозговые травмы?», «Страдаете ли Вы сахарным диабетом», «Отягощена ли наследственность по ожирению?». Все пациенты являются жителями разных городов Республики Крым, в возрасте от 35 до 65 лет, находящиеся на стационарном лечении в кардиологическом и пульмонологическом отделениях.

Результаты исследований. Среди всех опрошенных было выявлено 12 пациентов, которые не замечают за собой избыточного веса, 30 больных предпринимали различные краткосрочные попытки к снижению массы тела (голодание, диеты, физические нагрузки), 6 из которых добились положительного эффекта. 20 пациентов из 50 опрошенных осознанно не предпринимали действий для снижения своей массы тела, ссылаясь на отягощенную наследственность по ожирению и заблаговременно предполагая отсутствие эффекта от диет, физических нагрузок и т. д. 11 пациентов связывают свое состояние с наличием у них сахарного диабета, и у 3 из 50 больных в анамнезе были закрытые черепно-мозговые травмы.

Выводы. Данное исследование показало, что большинство пациентов адекватно оценивают свое состояние как «патологию». Однако адекватных индивидуализированных долгосрочных программ по снижению веса (физические нагрузки, диеты, медикаментозное лечение ожирения) у них не было. Крайне важна информированность подростков, молодых людей об ожирении, как о патологии, которую возможно предупредить, модифицируя образ жизни. Для уменьшения количества случаев ожирения у населения, необходимо проводить беседы о модификации образа жизни не только с людьми трудоспособного возраста, но и с родителями детей и подростков, у которых отягощена наследственность по ожирению, и развиваются начальные признаки избыточной массы тела.

Эффективность эмпаглифлозина в составе комбинированной сахароснижающей терапии при подготовке пациентов с сахарным диабетом к коронарному шунтированию

Киселёва М.А., Болгова М.Ю., Левитан Б.Н.

Астраханский государственный медицинский университет, Александрово-Маршанская областная больница, Астрахань

Одним из наиболее существенных факторов риска развития периоперационных осложнений в кардиохирургической практике является отсутствие у пациентов с сахарным диабетом (СД) нормогликемии в предоперационном и раннем послеоперационном периодах. Быстрое достижение коррекции нарушений углеводного обмена приобретает особое значение у больных СД с критическим поражением коронарного русла, когда требуется срочное оперативное лечение. Интенсивное развитие кардиохирургической службы, увеличивающаяся доступность срочной кардиохирургической помощи делает эту проблему все более актуальной, обуславливая поиск новых безопасных подходов к достижению целевых показателей гликемии в максимально короткие сроки, применяя новые схемы лечения и сочетания сахароснижающих препаратов. Возможности в решении данной проблемы расширились при появлении на отечественном рынке препаратов блокаторов SGLT-2 (натрий-глюкозного ко-транспортёра 2 типа).

Цель. Установить эффективность эмпаглифлозина в достижении целевых показателей гликемии у пациентов с СД при подготовке к кардиохирургическому вмешательству. Задачи. Сравнение длительности этапа достижения целевой гликемии в группе больных СД на фоне инсулинотерапии и в группе пациентов с подключением к инсулинотерапии Эмпаглифлозина. Оценка частоты осложнений и побочных эффектов на фоне приема Эмпаглифлозина и в группе сравнения.

Материалы и методы. Изучалось состояние 39 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в отделении экстренной кардиологии ГБУЗ АО АМОКБ в 2017 году с диагнозом «ИБС. Нестабильная стенокардия» на фоне СД 2 типа и проходивших этап подготовки к аортокоронарному шунтированию. Пациенты переводились на терапию аналогами инсулина с физиологическим профилем действия: Гларгин-100 и Глуглизин по схеме: базис-болус. 21 пациент оставался на монотерапии инсулинами, 18 в схему сахароснижающей терапии был добавлен эмпаглифлозин в дозе 10 мг в сутки. Препарат назначался с учётом противопоказаний, всем пациентам проводился расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) методом Кокрафта-Голта, контроль гликемии осуществлялся экспресс-методом с помощью портативного глюкометра в течение суток, минимум 4-кратно. За сутки до оперативного вмешательства эмпаглифлозин отменялся.

Результаты: За 2017 г. в отделении неотложной кардиологии ГБУЗ АО АМОКБ наблюдалось 269 пациентов с нестабильной стенокардией. Из них 86 (32%) в качестве фонового заболевания имели СД 2 типа. В 244 (91%) случаях наличие коронарной патологии было подтверждено при проведении ангиографии. По результатам коронарографии в 56 случаях были выявлены показания к оперативному лечению в срочном порядке в объеме коронарного шунтирования. В данной группе у 39 (70%) пациентов имелся СД 2 типа, причем в 5 случаях (9%) – впервые выявленный. На фоне проводимой терапии инсулиновыми аналогами и эмпаглифлозином клинически и лабораторно подтвержденной гипогликемии не было зарегистрировано ни в одной группе. На фоне приема эмпаглифлозина в 1 случае пациентка пожаловалась на влажный зуд и недержание мочи, других побочных эффектов терапии в обеих группах зарегистрировано не было. Осложнений в послеоперационном периоде у пациентов в обеих группах не наблюдалось. В группе пациентов, получавших

только инсулинотерапию, сроки достижения целевых значений гликемии составили в среднем 10 ± 2 суток; в группе комбинированной терапии с добавлением Эмпаглифлозина – 7 ± 3 суток. Средние дозы препаратов инсулина в комбинации с Эмпаглифлозином составили 25 ± 4 ед. в сутки. В группе без эмпаглифлозина целевая гликемия была достигнута на более высоких дозах инсулина: 34 ± 5 ед. в сутки.

Выводы. Добавление эмпаглифлозина к терапии гларгином и глулизиним у пациентов с СД при подготовке к срочному кардиохирургическому вмешательству позволяет безопасно сократить сроки достижения целевой гликемии, что играет существенную роль для снижения риска неблагоприятного исхода у лиц с критическим поражением коронарного русла.

Аортокоронарное шунтирование и коморбидность: проблемы и пути решения

Клестер Е.Б., Клестер К.В., Балицкая А.С., Елыкомов В.А., Затеев А.В.

Марийский государственный университет, Алтайский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница, Йошкар-Ола, Марий Эл, Барнаул

Несмотря на достигнутые успехи в технике коронарного шунтирования, как эффективным методе лечения ИБС, необходима оценка коморбидной патологии, проводимой на предоперационном этапе, на основе которой формируются группы операционно-анестезиологического риска, выявляются предикторы послеоперационных осложнений как объекты предоперационного воздействия.

Цель работы: изучить частоту встречаемости коморбидной патологии, оценить операционно-анестезиологический риск по ASA и EuroSCORE II у больных при проведении коронарного шунтирования, выявить наличие взаимосвязи.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 182 больных, прооперированных в плановом порядке по поводу ИБС в Алтайской краевой клинической больнице. Коронарное шунтирование проводилось по показаниям в условиях искусственного кровообращения. Всем больным выполнено полное клиническое и инструментальное обследование с учетом Рекомендаций по реваскуляризации миокарда (2011). Средний возраст пациентов составил – 61 год (от 37 до 79 лет). Среди всех пациентов 66,1% составили мужчины, 33,9% – женщины. Доля пациентов старше 60 лет составила 21,2% (25 пациентов). До операции группу инвалидности имели 32,2% больных. В анамнезе 72 (61,0%) пациента перенесли инфаркт миокарда; аневризма левого желудочка выявлена у 16 (13,6%). Фракция выброса левого желудочка менее 50% зарегистрирована у 45 (38,1%) пациентов. Индекс коморбидности оценивали по М.Е. Charlson и соавт. (1987) в модификации R.A. Deуо и соавт. (1992). Риск операционной летальности оценивали с помощью European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II (2011) (<http://www.euroscore.org/>). Европейская система EuroSCORE II позволяет не только вычислить прогнозируемую операционную летальность на основе объективных факторов риска пациента, но и является независимым предиктором серьезных сердечно-сосудистых осложнений у больных. Анестезиологический риск оценивали по ASA и классификации степени риска операции и анестезии, рекомендованной Московским обществом анестезиологов и реаниматологов (МНОАР, 1989 г.).

Результаты и обсуждение. Всего у 182 больных выявлено 491 заболеваний, на одного больного 2,7 [1,5–3,8] заболеваний, помимо основного (ИБС). Отсутствие сопутствующих заболеваний отмечено только у 5,9% больных.

У 14,4% зарегистрировано по одному заболеванию. Более чем у трети пациентов (34,7% случаев) зарегистрировано более 3-х заболеваний. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями были: артериальная гипертензия, дисциркуляторная энцефалопатия – у 81,3% пациентов, ХБП (по СКД-EPI) – у 77,1%, заболевания органов пищеварения – у 66,1% пациентов и болезни органов дыхания – у 57,6% больных. В то же время у пациентов, поступивших на кардиохирургическое лечение, индекс коморбидности по Charlson (Charlson Comorbidity Index) составил в среднем $4,6 \pm 0,8$ балла, у мужчин – $3,6 \pm 0,5$, у женщин – $5,1 \pm 0,9$. Средняя степень риска по ASA $3,2 \pm 0,03$ (высокий риск), по МНОАР $6,2 \pm 1,1$ балла – 4 степень высокая. Прогнозируемая и реальная операционная летальность (изучалась госпитальная и 30-дневная летальность) были фактически идентичными: 1,89 и 1,92%, площадь под ROC-кривой составила 0,73 и 0,71 для послеоперационных осложнений (нарушение мозгового кровообращения во время операции и в течение 24 ч после нее, инфаркт миокарда, глубокая раневая инфекция грудной клетки, реоперация в связи с кровотечением, сепсис и/или эндокардит, желудочно-кишечные осложнения, послеоперационная почечная или дыхательная недостаточность), при этом осложнения возникли у 15,3% пациентов. Выявлена позитивная корреляция между показателем EuroSCORE и продолжительностью госпитального послеоперационного периода (продолжительность ИВЛ, время пребывания в отделении реанимации и количество койко-дней после операции) (коэффициент корреляции $r=0,68-0,76$). Корреляция между индексом Charlson и степенью риска по ASA оказалась слабой ($r=0,28$), между индексом Charlson и риску по МНОАР умеренной ($r=0,44$), между индексом Charlson и показателем EuroSCORE сильной ($r=0,76$).

Вывод. Коморбидность при АКШ характеризуется высоким риском неблагоприятного прогноза (выживаемость менее 21% в ближайшие 10 лет). Наличие значительной частоты коморбидных заболеваний определяет высокий ассоциированный операционно-анестезиологический риск, что необходимо учитывать на этапе предоперационной подготовки, требует дополнительного обследования и обязательной медикаментозной коррекции.

Сравнительный анализ нарушений ритма у больных хронической обструктивной болезнью легких

Клестер Е.Б., Клестер К.В., Никитин В.С., Балацкая А.С., Елыкомов В.А., Затеев А.В.

Марийский государственный университет, Алтайский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница, Йошкар-Ола, Марий Эл, Барнаул

Нарушения ритма регистрируются более чем у половины больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Дыхательная недостаточность, гиперкапния, легочная гипертензия, диастолическая дисфункция, оксидативный стресс, системное воспаление, лекарственная терапия формируют значительную частоту возникновения нарушений ритма при ХОБЛ. С другой стороны, согласно данным Fabrizio Ricci и соавт. (2018) выраженность вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы позволяет прогнозировать развитие ХОБЛ. Понимание взаимосвязи ХОБЛ и НР имеет особое значение, так как наличие аритмии оказывает существенное влияние на смертность, особенно при обострениях ХОБЛ.

Цель исследования: изучить особенности нарушений ритма у хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Из 1497 больных, поступивших с диагнозом ХОБЛ, НР зафиксированы у 846 (%), Критерии исключения: наличие сердечной недостаточности III-IV ФК, ИБС, ХПН, других заболеваний дыхательной системы, в том числе онкопатологии, постоянной формы мерцательной аритмии, тахикардии, АВ-блокады, искусственного водителя ритма, прием амиодарона, соталола, других антиаритмических препаратов и психотропных средств. Таким образом, углубленное клиническое наблюдение проводилось у 270 больных ХОБЛ с наличием зарегистрированного нарушения ритма в фазе стабильного течения, в том числе 70 б-х ХОБЛ группы риска А (I группа), 65 б-х гр В (II группа) и 70 б-х гр. С (III группа), 65 б-х гр. D (IV группа). Преобладали мужчины (66-73%), без статистически значимых различий по возрасту (средний возраст – 60,5±0,59 лет).

Результаты. Наджелудочковые нарушения ритма (НЖР) чаще регистрировались у больных I группы – выявлялись по результатам ВЭМ у 20% б-х, по ХМ ЭКГ у 46,2% б-х. НЖР были зарегистрированы преимущественно при легкой степени тяжести ХОБЛ – у 67% больных, а желудочковые аритмии (ЖА) – при средней и тяжелой – у 24% и у 23% пациентов, соответственно. У больных II группы частота наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма была выше и диагностирована по результатам ВЭМ – у 23% больных, по ХМ ЭКГ – у 51% пациентов ($p < 0,05$). Желудочковые нарушения ритма чаще обнаруживались у пациентов III группы: по результатам ВЭМ – у 29%, по ХМ ЭКГ – у 51% больных. У больных IV группы преобладали сочетанные нарушения, фибрилляция предсердий и желудочковые аритмии высоких градаций. Проведенный анализ выявил наличие зависимости частоты наджелудочковых нарушений ритма от тяжести течения ХОБЛ ($r = 0,65$, $p < 0,05$), уменьшение вариабельности сердечного ритма (SDNN, $r = 0,71$; RMSSD, $r = 0,71$; HRV triangular index, $r = 0,75$, $p < 0,05$), удлинение интервала QT (QTc, QTd, $r = 0,81$, $p < 0,05$). При изучении особенностей ремоделирования сердца эксцентрическое ремоделирование имело корреляционную зависимость от тяжести нарушений ритма ($r = 0,76$, $p < 0,05$), концентрическое – от тяжести обструктивных нарушений ($r = 0,69$, $p < 0,05$). За 4-летний период наблюдения летальный исход наступил у 29 (11%) пациентов, фактором риска явились НР 4 и более класса по Лауну и Вольфу (odds ratio [OR], 4,92; 95% confidence interval [CI], 3,89-6,34; $p < .001$).

Выводы. В зависимости от группы риска преобладают: наджелудочковые аритмии у больных гр. А; при группе В наиболее часто выявляются сочетанные: наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма. Желудочковые нарушения ритма, в большей степени отражающие изменения внутрисердечной геометрии и гемодинамики левого желудочка чаще обнаруживались в группе риска D. Оптимизация коррекции терапии состоит в ранней диагностике нарушений ритма с учетом особенностей ремоделирования.

Ремоделирование сердечно-сосудистой системы и психосоматические характеристики при хронической сердечной недостаточности: гендерный аспект

Клестер Е.Б., Клестер К.В., Никитин В.С., Балицкая А.С., Елыкомов В.А., Затеев В.А.

Марийский государственный университет, Алтайский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница, Йошкар-Ола, Марий Эл, Барнаул

Цель исследования. Комплексное изучение состояния сердечно-сосудистой системы и психосоматического статуса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом гендерных различий.

Материалы и методы. Проведены углубленные клинические наблюдения с анализом ЭКГ, ЭхоКГ, теста с 6-минутной ходьбой, суточного мониторирования ЭКГ и АД при непосредственном наблюдении в терапевтическом отделении КГБУЗ ГБ №4 г. Барнаула у 522 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), находившихся на лечении в общетерапевтическом отделении КГБУЗ ГБ №4 г. Барнаула. Диагноз ХСН установлен по критериям Национальных рекомендаций ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр, 2016). Мужчин 289 (55,4%), женщин 233 (44,6%). Средний возраст мужчин – 63,5±11,8 лет; женщин – 68,9±13,1 лет ($p < 0,05$). У женщин I ФК ХСН определен у 7,3±1,5; II – у 18,7±2,3; III – у 46,4±2,4; IV – у 27,6±2,6. У мужчин соответственно I ФК – у 18,4±2,4; II – у 33,5±2,9 ($p < 0,05$); III – у 24,9±2,7 ($p < 0,05$); IV – у 23,2±2,6.

Результаты. У мужчин наиболее частым этиологическим фактором являлась ИБС, формирующая 70,9% случаев ХСН, из них после ИМ – 131 (63,9%), частота АГ составила 22,8%. Ведущей причиной развития ХСН в женской популяции являлась АГ – 44,2% случаев, ИБС – 27,0% (при этом в 74,1% случаев ХСН развивалась у больных, без ИМ в анамнезе), сахарный диабет – 15,0%. У мужчин средний балл по ШОКС составил 5,8±1,3; у женщин – 4,4±1,2 ($p < 0,05$). У женщин с ХСН преобладала ДД, чаще I типа (замедленная релаксация), фракция выброса ЛЖ – 63,1±6,8%. У мужчин – систолическая дисфункция, при средней ФВ ЛЖ – 54,9±5,2%. Статистически значимо различались размеры конечно-диастолического объема (КДО): у мужчин больше на 17,4±4,6 (95% ДИ 6,9 – 28,1). Размеры ЛП и КДО имели корреляционную связь средней силы с возрастом ($r = 0,4$ и $r = 0,3$; $p < 0,001$) и весом пациента ($r = 0,3$; $p = 0,05$; $r = 0,42$; $p < 0,001$). Размеры ЛП и КДО имели сильную отрицательную корреляцию с фракцией выброса ($r = -0,6$ и $r = -0,7$; $p < 0,001$). При оценке изменений геометрии ЛЖ увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ наблюдалось у 74 (25,6%; ≥ 149 г/м²) мужчин и у 112 (48,1%; ≥ 122 г/м²) женщин, при этом ремоделирование ЛЖ эксцентрического типа (ИОТ $\leq 0,42$), статистически значимо чаще выявлялось у мужчин. Качество жизни у женщин характеризовалось с высокой степенью тревожности по сравнению с мужчинами с умеренной реактивной тревожностью. Вывод. Для женщин наиболее значимой причиной формирования ХСН является артериальная гипертония, у мужчин – ИБС (высокая частота развития ХСН после перенесенного ИМ). В клинике – у женщин в среднем по ШОКС – II ФК, у мужчин – III ФК. ХСН у женщин сопровождается появлением депрессии и снижением качества жизни, что является основанием для формирования гендерных различий в подходах к медикаментозной коррекции при ХСН.

Опыт применения риоцигуата при неоперабельной хронической тромбоэмболической легочной гипертензии в реальной клинической практике

Клименко А.А., Шостак Н.А., Ковайкин А.И., Шеменкова В.С.

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

Введение. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) – хроническое прогрессирующее заболевание с высокой степенью инвалидизации лиц молодого и среднего возраста. Средний возраст российских пациентов на момент установления диагноза (ХТЭЛГ) согласно данным Национального регистра составляет 45,8 (+/-13,7) лет. Получены значимые положительные результаты по применению риоцигуата и его влиянию на прогрессирование, выживаемость у пациентов с неоперабельной ХТЭЛГ в различных рандомизированных клинических исследованиях (CHEST-1 и CHEST-2). Накапливаются данные

по эффективности и безопасности риоцигуата в реальной клинической практике.

Цель работы – изучение эффективности и переносимости риоцигуата при неоперабельной/резидуальной ХТЭЛГ (нХТЭЛГ).

Материалы и методы. В исследование включено 5 пациентов (4 женщины, 1 мужчина) в возрасте 51,6±1,8 лет. Длительность ХТЭЛГ составила 36±2 месяца. У 1 пациента в анамнезе легочная тромбэндартерэктомия с прогрессированием резидуальной ХТЭЛГ. Остальные пациенты были отнесены к группе неоперабельных. Проводилась терапия риоцигуатом в начальной дозировке 0,5 мг 3 раза в сутки с последующей титрацией дозы. Через 3 месяца после начала терапии ни один пациент не достиг максимальной суточной дозы – 2,5 мг 3 раза в сутки в связи с развитием гипотонии на фоне приема препарата. 2 участника принимали препарат в дозе 2 мг 3 раза в сутки, 3 участника в дозе 1,5 мг 3 раза в сутки. Период наблюдения составил от 9 до 12 месяцев. Эффективность терапии оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ), данным эхокардиографии (ЭхоКГ), частоте госпитализаций в связи с обострением заболевания. Регистрировались случаи нежелательных явлений.

Результаты. До начала специфической терапии установлен III функциональный класс (ФК) нХТЭЛГ по результатам ТШХ у всех пациентов; десатурация после проведения теста в среднем составляла 3,8%. Систолическое давление в системе легочной артерии (СДЛА) по данным ЭхоКГ до начала терапии риоцигуатом составляло в среднем 74,5 мм рт.ст. Наблюдалась значительная дилатация правых предсердия и желудочка (ПП, ПЖ), увеличение диаметра ствола легочной артерии (ЛА). При динамической оценке ТШХ в среднем через год после начала терапии риоцигуатом регистрировалось увеличение толерантности к физической нагрузке в виде уменьшения ФК – у 2 из 5 больных пройденная дистанция соответствовала II ФК, у 3 больных отмечалось увеличение пройденной дистанции в среднем на 43 м. Уровень десатурации после ТШХ остался прежним. Выраженность одышки по Боргу после ТШХ соответствовала 4-6 баллам. По данным ЭхоКГ отмечалось снижение СДЛА в среднем на 9 мм рт.ст., уменьшение объема ПП на 10% и уменьшение размера ПЖ (4-камерная позиция) на 0,3 см у 3 пациентов. За время наблюдения ни один участник не был госпитализирован в стационар в связи с ухудшением состояния. Серьезных негативных явлений не регистрировалось. Такие негативные явления, как гипотония, головокружение и тошнота отмечались у всех больных, однако они не потребовали отмены препарата.

Обсуждение. Использование в реальной клинической практике риоцигуата у пациентов с нХТЭЛГ улучшает течение заболевания. Отмечена хорошая переносимость препарата у наивных больных по применению специфической группы лекарственных средств, применяемых для терапии легочной гипертензии.

Клиническая оценка показателей функции внешнего дыхания у пациентов с хронической болезнью почек пятой стадии

Князева А.И., Шишкин А.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Елизаветинская больница, Санкт-Петербург*

Хроническая болезнь почек затрагивает практически все системы органов, особенно на поздней стадии заболевания. Нередко встречающиеся у таких пациентов респираторные дисфункции обычно недооцениваются в клинической практике.

Цель работы. Диагностика и клиническая оценка поражения дыхательной системы у больных с хронической болезнью почек пятой стадии,

получающих заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа.

Задачи: 1. Определить наличие взаимосвязи между длительностью заместительной почечной терапией и изменениями параметров функции внешнего дыхания (ФВД). 2. Оценить влияние изменений лабораторных показателей на результаты дыхательных тестов у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) пятой стадии. 3. Провести сравнительный анализ выраженности изменений ФВД у группы больных с ХБП пятой стадии, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом и пациентов из группы сравнения. 4. Изучить целесообразность исследования ФВД у пациентов на гемодиализе.

Материалы и методы выполнения работы. Исследованная группа состояла из 60 человек. В первую группу были включены 30 человек (17 мужчин, 13 женщин) – пациенты, страдающие хроническим гломерулонефритом с исходом в гломерулосклероз с хронической болезнью почек пятой стадии, получающие заместительную почечную терапию методом гемодиализа. Вторая группа (группа сравнения) включала 30 стационарных больных (13 мужчин, 17 женщин) без ХБП. Средний возраст мужчин в первой группе пациентов 47±14 лет, женщин – 52±15 года. В группе сравнения средний возраст мужчин составил 54±15 года, а женщин 46±16 лет. В группе пациентов с ХБП средний индекс массы тела (ИМТ) у мужчин равен 24,78 ±5,35 кг/м², женщин – 28,76±6,65 кг/м². В группе сравнения средний ИМТ мужчин составил 25,8±3,67; а женщин 24±3,19. С целью оценки анемического синдрома изучался клинический анализ крови, ферритин, % насыщения трансферрина. Исследование параметров ФВД проводилось на аппарате «СПИРО С-100», определялись показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), индекса Тиффо (ОФВ1/ФЖЕЛ), минутной вентиляции легких (МВЛ). По результатам был проведен статистический анализ.

Полученные результаты. Достоверных различий между возрастом групп выявлено не было. ИМТ в группах в целом достоверно не отличался. ИМТ у женщин в группе с ХБП достоверно был выше, чем ИМТ у женщин в группе контроля (p<0,05). ИМТ у мужчин достоверно не отличался. Анемический синдром был выявлен у 27 человек (93%) первой группы, у 25 человек (89%) – компенсирован, у 2 человек (4%) – некомпенсирован. 77% пациентов первой группы имели уровень общего холестерина в пределах рекомендованных значений. У 67% наблюдалось повышение коэффициента атерогенности, а у 29% обнаружилось повышение уровня триглицеридов. Уровень липопротеидов высокой плотности был снижен у 38% пациентов из первой группы. Повышение С-реактивного белка (СРБ) наблюдалось у 20% пациентов, получающих гемодиализную терапию. У пациентов из первой группы обнаружена умеренная отрицательная корреляционная связь между СРБ и ФЖЕЛ (p<0,05). Получена слабая отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем триглицеридов и ОФВ1/ФЖЕЛ (p<0,05). Достоверных различий показателей спирометрии у пациентов с ХБП и контрольной группы пациентов выявлено не было. У женщин обнаружена корреляционная связь между длительностью ЗПТ и ФЖЕЛ (p<0,05). У мужчин выявлена корреляция между длительностью ЗПТ и ОФВ1/ФЖЕЛ (p<0,05).

Выводы: 1. Для женщин, длительно получающих терапию программным гемодиализом, характерно снижение показателей форсированной жизненной емкости легких. У мужчин наблюдается снижение показателей теста ОФВ1/ФЖЕЛ пропорционально длительности лечения гемодиализом. 2. Среди пациентов на гемодиализе, повышенный уровень СРБ встречался в 20% случаев. При повышении уровня СРБ у пациентов обнаружено снижение показателей форсированной жизненной емкости легких. Повышенный уровень триглицеридов был у 29% пациентов, получающих гемодиализную терапию. Повышение уровня триглицеридов сопровождалось снижением показателя ОФВ1/ФЖЕЛ. 3. Значимого

снижения средних значений показателей спирометрии у пациентов, длительно получающих терапию гемодиализом, и пациентов из группы сравнения выявлено не было ($p > 0,05$). 4. Полученные данные подтверждают информативность тестов ФЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ для оценки изменений параметров ФВД у пациентов с хронической болезнью почек пятой стадии.

Научно обоснованные подходы к контролю эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии на популяционном уровне

Коваленко Д.Б.

Родильный дом № 1, Магнитогорск, Челябинская область

Целью исследования являлась разработка и научное обоснование критериев стратификации риска прогрессирования течения АГ, развития ее осложнений, в том числе летальных, в популяции крупного промышленного моногорода. Изучена динамика эпидемиологической ситуации по АГ для типового промышленного моногорода с населением до 500 тыс. человек по данным репрезентативной выборки из всего населения в возрасте от 18 до 64 лет за трехлетний период (2004-2007 гг.). Проведенная сравнительная оценка факторов риска позволяет планировать лечебные и профилактические мероприятия, направленные на снижения уровня АГ, вероятности осложнений и фатальных исходов. Ключевые слова: артериальная гипертензия; эпидемиологическая ситуация; сердечно-сосудистые заболевания; стратификация риска
Keywords: arterial hypertension; epidemiological situation; cardiovascular pathology; stratification of the risk

Одним из основных инструментов контроля за эпидемиологической ситуацией и создания научно-доказательной базы для эффективных превентивных мероприятий является мониторинг [Оганов Р.Г., 2001; Шальнова С.А., 2004].

Цель исследования. Разработать и научно обосновать критерии стратификации риска прогрессирования течения АГ, развития ее осложнений, в том числе летальных, в популяции крупного промышленного моногорода.

Задачи исследования 1. Провести сравнительную оценку динамики уровней АД в репрезентативной выборке населения крупного промышленного города в сравнении с повторным обследованием этой же группы через 3 года (наблюдение 2004-2007 гг.). 2. Стратифицировать глобальный (суммарный) сердечно-сосудистый риск в популяции и его динамику при проспективном 3-летнем наблюдении. 3. Определить вклад различных факторов риска в формирование АГ, ее стадии, поражение органов-мишеней. 4. Оценить риск развития осложнений АГ, в том числе летальных, в зависимости от ФР и наличия ассоциированных состояний (АКС) и поражения органов-мишеней (ПОМ). 5. На основе комплексно проведенной оценки роли факторов, влияющих на развитие осложнений и летальных исходов при АГ, разработать модель, позволяющую прогнозировать вероятность развития данных состояний.

В ходе научного исследования: -Впервые изучена динамика эпидемиологической ситуации по АГ для типового промышленного моногорода с населением до 500 тыс. человек по данным репрезентативной выборки из всего населения в возрасте от 18 до 64 лет за трехлетний период (2004-2007 гг.). -Определены особенности динамики факторов риска, их взаимосвязи, вклад в развитие ССЗ, сердечно-сосудистую и общую смертность. Установлены многомерные изменения и тенденции в распространенности основных ФР сердечно-сосудистых заболеваний во всей популяции, отдельных возрастных группах, среди женщин

и мужчин. -Впервые стратифицирован общий сердечно-сосудистый риск для данного населения и территории в зависимости от сочетания поведенческих и биологических факторов риска для популяции крупного промышленного центра в возрасте от 18 до 64 лет. Проведенная сравнительная оценка факторов риска позволяет планировать лечебные и профилактические мероприятия, направленные на снижения уровня АГ, вероятности осложнений и фатальных исходов; как прикладная модель может использоваться для расчета мощности системы здравоохранения моногорода и формирования муниципальной политики моногорода в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Роль адипонектина и эндотелиального фактора роста сосудов в развитии остеоартрита в экспериментальной модели артериальной гипертензии и гиперлипидемии

Коваленко Т.С., Кабалык М.А., Невзорова В.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Остеоартрит (ОА) – дегенеративно-воспалительное заболевание синовиальных суставов, в основе которого лежит поражение хряща (СХ) и субхондральной кости (СХК). Исследования последних лет показали, что сердечно-сосудистые заболевания и ОА могут иметь ряд общих молекулярных механизмов. Так, достаточно хорошо изучена роль эндотелиального фактора роста сосудов – А (VEGF-A), матричных металлопротеиназ (MMPs), адипокинов в процессах хрящевого ремоделирования при ОА. Вместе с тем остаются невыясненными условия и степень влияния артериальной гипертензии (АГ) и гиперлипидемии (ГЛ) на ткани суставов.

Цель. Изучить роль VEGF-A, адипонектина и матриксной металлопротеиназы-9 в ремоделировании суставного хряща (СХ) и субхондральной кости (СХК) в условиях экспериментальной АГ и ГЛ.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проводили на 18 половозрелых беспородных морских свинок самцах (возраст 28-30 недель, вес 750-900 г). I группа – модель АГ – 6 особей. II группа – модель с ГЛ – 6 особей. III группа – контроль – 6 особей. Иммуногистохимическую реакцию проводили по общепринятому протоколу с использованием разведений согласно рекомендациям производителя антител. В работе с материалом были использованы первичные моно- и поликлональные антитела, авидные к протеинам морских свинок anti-VEGF-A (Abcam, ab38909, США), anti-MMP-9 (Spring, E3660, США) и anti-Adipo (Abcam, ab62551, США). Морфометрическую обработку полученных изображений осуществляли с помощью программы ImageJ 4.1. Количественную оценку иммуногистохимической (ИГХ) реакции определяли, измеряя плотность преципитата (ОП) и средней площади (S) гистохимической реакции. Тканевую экспрессию оценивали по произведению оптической плотности к площади ИГХ-реакции ($E = ОП \times SR$).

Результаты. В ходе исследования была изучена тканевая экспрессия VEGF-A, Adipo и MMP-9 в суставном хряще и субхондральной кости в контрольной группе животных и двух экспериментальных группах. В группе животных с АГ реакция суставного хряща на VEGF-A определялась во всех зонах хряща. Наибольшая интенсивность её была в надхрящнице, по периферии зон деструкции суставного хряща. Тканевая экспрессия на VEGF-A в СХ статистически значимо выше по отношению к контрольной и группы с гиперлипидемией. Тканевая экспрессия Adipo у животных с АГ в СХ определялась в виде множественных преципитатов с высокой плотностью ИГХ-реакции с максимальной реакцией в базальных отделах хрящевой

пластинки и в СХК тканевые преципитаты адипонектина обнаруживались в области гаверсовых систем, остеохондральной коммуникации. MMP-9 определялся в околоклеточном матриксе гипертрофированных хондроцитов, преимущественно в среднем слое СХ. В СХК положительная реакция на матриксную металлопротеиназу-9 обнаруживалась в области ангиовазальной интеграции в базальный хрящ, в очагах несовершенного остеогенеза. Во 2 группе СХ имел положительную реакцию на VEGF-A в области хондроцитарных лакун гипертрофированных хондроцитов во всех слоях хрящевой пластинки. В СХК фактор роста эндотелия сосудов обнаруживался в области очагов несовершенного остеогенеза, красном костном мозге. При ГЛ СХ положительная реакция на Adipo обнаруживалась в области хондроцитарных лакун преимущественно в верхнем и среднем слоях хрящевой пластинки. В условиях ГЛ в СХК Adipo определялся в виде диффузных депозитов в коммуникативных отделах с базальным хрящем, в зонах гаверсовых систем и костного матрикса. Депозиты MMP-9 обнаруживали в хрящевой ткани, преимущественно в верхних и средних отделах. В СХК при ГЛ тканевая реакция на MMP9 так же обнаруживалась в очагах эктопического ангиогенеза.

Выводы. В условиях экспериментальной АГ наблюдается экстравазальная экспрессия VEGF-A, наиболее выраженная в СХК. Отмечается умеренно выраженная экспрессия адипонектина и MMP-9 в СХК. При системной ГЛ в условиях эксперимента отмечается гиперэкспрессия VEGF-A в СХ. При этом в СХК в высокой степени экспрессируется адипонектин и MMP9. Результаты исследования позволили установить, что под влиянием системной АГ и ГЛ в СХ и СХК развивается клеточный стресс, вызванный эндотелий-зависимым дисметаболизмом. Ангиогенные факторы способствуют неоваскуляризации хряща, неадаптивной остеорегенерации в СХК. Ремоделирование тканей суставов при этом, очевидно, обеспечивается тканевыми металлопротеиназами.

Опыт применения ребамипида в лечении больных с язвенной болезнью и НПВП-ассоциированными поражением желудка

Колесова Т.А., Викулова О.В., Калужских И.А., Кулагина И.Г., Астафьева Т.О., Хуртова Н.И., Новикова Е.Н.

Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара

Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта – являются актуальной проблемой для врачей всех специальностей. Широкое применение нестероидных противовоспалительных препаратов, аспирина, глюкокортикоидов привело не только к частому развитию эрозивно-язвенных поражений, но и осложнений, самым грозным из которых являются кровотечения.

Цель. Изучить эффективность использования ребамипида в терапии больных с язвенной болезнью и НПВП-ассоциированными поражением желудка.

Материалы и методы. Ребамипид – цитопротектор, нового поколения, обладающий гастро-энтеропротективными свойствами, использующийся как для лечения, так и для профилактики эрозивно-язвенных повреждений желудка и тонкой кишки, включая аспирин и НПВП-индуцированные. Ребамипид индуцирует синтез эндогенных простагландинов E2 и Gi2, стимулируя физиологическую защиту слизистой ЖКТ, предотвращая воспаление, эрозии, язвы, стриктуры, способствуя репарации уже поврежденной слизистой. Препарат не имеет аналогов с подобным сочетанием лечебных эффектов. Ребамипид безопасен, частота побочных эффектов составляет 0,54%.

Обследовано 20 больных (5 мужчин с язвенными дефектами в желудке и луковице 12-перстной кишки, диаметром от 0,7 см до 1,2 см, 2 мужчины с ГЭРБ, эрозивным рефлюкс-эзофагитом н/з пищевода и 13 женщин, из них 2 – с язвенной болезнью 12-перстной кишки, язвы – диаметром 0,7 и 0,8 см, 11 женщин с эрозивным гастритом, индуцированным приемом НПВС). Средний возраст больных 55,2±3,5 лет. В анамнезе у больных выявлены сопутствующие заболевания: ИБС, инфаркт миокарда, АКШ, ревматоидный артрит, остеоартроз, остеохондроз позвоночника, длительный прием клопидогреля, аспириносодержащих препаратов, НПВП. Всем больным проводилось обследование: общеклиническое, биохимическое, исследование на *Helicobacter pylori*, эндоскопическое исследование, УЗИ брюшной полости. У 10 больных подтверждена инфекция *Hp*, назначена стандартная тройная терапия. Всем больным был назначен Ребамипид 100мг по 1таб х 3 раза в течении месяца (суточная доза 300 мг).

Результаты. У всех больных отмечена положительная динамика, исчезновение клинических проявлений: исчезли боли в эпигастрии, изжога, отрыжка; при контрольном эндоскопическом исследовании через месяц – зарубцевались язвенные дефекты, без грубых рубцов, заживление эрозий в пищеводе, желудке и 12-перстной кишке. Побочных реакций на фоне приема препарата не выявлено. Системных нежелательных эффектов не зарегистрировано.

Выводы. Ребамипид эффективен, обладает уникальными гастро-энтеропротективными свойствами, способствует быстрому купированию клинических симптомов и заживлению язвенных дефектов, безопасен. Используется как для лечения, так и для профилактики эрозивно-язвенных повреждений слизистых оболочек пищевода, желудка, тонкой кишки.

К оценке лечения ритуксимабом болезни Шегрена

Комаров В.Т., Никишин А.В., Носанова М.Н., Никишина А.Ю., Хичина Н.С., Фадеева С.С.

Пензенский государственный университет, Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза

Цель исследования: оценка эффективности ритуксимаба у больных с системными проявлениями болезни Шегрена (БШ).

Материал и методы. В отделении ревматологии за 2-летний период лечились 14 женщин с БШ в возрасте от 29 до 70 лет, в среднем 52,5 года с продолжительностью болезни в среднем 7,5 лет. Обследование пациентов включало клинические, инструментальные (спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, фиброгастродуоденоскопия, эхокардиография), лабораторные методы, включая антинуCLEARный фактор (АНФ), ревматоидный фактор (РФ), антитела к ДНК, Ro-антитела и La-антитела. В клинике у всех пациентов отмечались ксеростомия, ксерофтальмия, лихорадка, у 8 пациентов – суставной синдром, двусторонний паренхиматозный паротит, миалгия, похудание, кариез зубов, у 4 больных – геморрагический васкулит, нефрит, синдром Рейно и трофические язвы голени, полинейропатия, у 3 человек обнаружены мульт-лимфомы слюнных желез. Из лабораторных показателей отмечены у всех пациентов ускорение СОЭ от 30 до 111 мм/час, увеличение Ro-антител и La-антител, у 8 больных – гипергаммаглобулинемия, у половины больных – положительный РФ от 180 до 3273 г/л, АНФ крапчатого типа свечения более 1/160. Показанием для назначения ритуксимаба при БШ являлись системные проявления: нефрит, васкулит, артрит, полинейропатия, высокая активность заболевания с ускоренным СОЭ, высоким АНФ, РФ, высокими титрами Ro-антител и La-антител. До назначения ритуксимаба пациенты получали лечение преднизолоном 15 мг в сутки, азатиоприн 100

мг в сутки, пульстерапию солюмедролом 500 мг внутривенно капельно три дня подряд вместе с эндоксаном 1000 мг однократно и сеансы плазмафереза. Ритуксимаб назначался по 500 мг внутривенно капельно курсами еженедельно N4 два раза в году. Премедикация проводилась солюмедролом 250 мг внутривенно капельно.

Результаты. Снижение активности БШ отмечали уже к 6 месяцу после первого курса лечения. После второго курса сохранялся частичный клинический и иммунологический ответ у 9 пациентов, он проявлялся купированием кожного васкулита, заживлением язв и уменьшением проявлений синдрома Рейно, исчезновением болей в суставах, уменьшением проявлений полинейропатии и гломерулонефрита, снижением титров АНФ, РФ, Ro-антител и La-антител, снижением СОЭ. У двух больных отмечено обострение заболевания через 6 месяцев и были купированы повторным введением ритуксимаба. Инфузионных реакций и осложнений от терапии ритуксимабом не было.

Выводы. Комбинированная терапия с применением ритуксимаба у больных с БШ, резистентных к традиционной терапии, способствовала достижению контроля над активностью заболевания.

Влияние ангиотензина на тяжесть течения ревматоидного артрита

Комарова Е.Б., Ребров Б.А., Белкина Г.А.

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск

Последние исследования показывают, что ангиотензин II (АнII) играет роль не только в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), но и посредством регуляции экспрессии молекул адгезии, провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-1 и IL-6), хемокинов, секреции фактора роста и активации ангиогенеза способствует развитию патологии почек и легких. Интенсивность ангиогенеза в синовиальной оболочке (СО), развитие эндотелиальной дисфункции, пролиферации фибробластов, выработка провоспалительных цитокинов в свою очередь стимулирует увеличение массы паннуса и деструкцию суставной ткани, а так же развитию коморбидной патологии при ревматоидном артрите (РА). Данные ряда исследований показывают, что высокий уровень антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) в крови больных РА можно рассматривать как прогноз-негативный маркер течения заболевания. Связано это с высокой степенью активности РА, ранним развитием эрозивно-деструктивных изменений в суставах и частым развитием висцеральной патологии у данной категории больных. Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF) может стимулировать эндотелиальную дисфункцию, инфильтрацию и гиперплазию СО и приводить к ранней деструкции при РА.

Цель исследования - установить взаимосвязи уровня АнII в крови у больных РА с лабораторно-инструментальными показателями тяжелого течения РА. Материалы и методы. Обследовано 194 пациента с диагнозом РА (согласно критериями ACR/EULAR, 2010), без сопутствующей патологии, средний возраст больных составлял $47,7 \pm 10,22$ года, длительность заболевания – $3,82 \pm 3,43$ лет. Степень активности РА определяли по индексу DAS 28-СРБ. Иммуноферментным методом определяли уровень АнII, АЦЦП, TNF α , VEGF в сыворотке крови. У всех пациентов была исследована эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса (методика Целермайера-Соренсена), которая выявила наличие ЭД у обследованных пациентов: уменьшение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) меньше 10%, эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) меньше 15%. У 35 пациентов было проведено УЗИ с доплером суставов кисти и артроскопия коленного сустава для оценки васкуляризации СО.

Результаты. У всех больных РА было установлено увеличение концентраций АнII и VEGF в крови в 2 раза при сравнении с контролем ($p < 0,05$). Высокий уровень АнII в крови обратно коррелировал с показателями ЭЗВД ($R = -0,23$; $p < 0,05$), прямые корреляции были с показателями степени эндотелиальной дисфункции, уровнями СРБ и TNF α ($p < 0,05$) в крови, и высокая прямая корреляция с показателем VEGF ($R = 0,42$, $p < 0,001$). Корреляционный анализ показал, что сила прямого взаимодействия между показателем DAS 28 и уровнем АнII в крови нарастала с увеличением активности РА. Дисперсионный анализ ANOVA установил взаимосвязь уровня АнII в крови со степенью активности РА по DAS 28 ($KW = 7,61$; $pr < 0,05$) у обследованных больных. Так же были получены устойчивые прямые корреляции показателя АнII с оценкой васкуляризации СО в 3 балла при УЗИ суставов и гиперваскуляризацией при артроскопии СО ($p < 0,001$). Регрессионный анализ зависимости вариабельности степени васкуляризации СО от уровня АнII показал достаточно высокое значение множественной корреляции $R = 0,71$, $R^2 = 0,49$, нормализованного $R^2 = 0,499$, что свидетельствует о приближении линии регрессии к наблюдаемому данным. У низкопозитивных пациентов по АЦЦП не было устойчивых корреляций с уровнем АнII в крови, у высокопозитивных по АЦЦП больных уровень АЦЦП имел достоверные прямые корреляции с уровнем АнII ($R = 0,22$, $p < 0,05$) в крови. Дисперсионный анализ ANOVA установил, что уровень АЦЦП в крови взаимосвязан с показателем АнII ($KW = 5,04$, $p < 0,05$).

Заключение. На основании полученных данных можно предположить, что высокий уровень АнII в крови способствует развитию ЭД, активному ангиогенезу в СО, интенсивности иммуно-воспалительных процессов (СРБ, TNF α , DAS28), что в свою очередь приводит к ухудшению клинических показателей течения заболевания, развитию деструктивных изменений, увеличению СС риска и снижению качества жизни у больных РА. Снижение уровня АнII в крови и получение при этом положительных терапевтических эффектов у больных РА является перспективной задачей в ревматологии и требует дальнейшего углубленного исследования.

Оценка активности почечных ферментов у пациентов с дислипидемией на фоне бессимптомной дисфункции левого желудочка и возможность ее коррекции путем назначения симвастатина

Копылов В.Ю., Сайфутдинов Р.И., Бугрова О.В., Копылова Н.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Цель исследования. Оценить степень активности органоспецифических ферментов нейтральной α -глюкозидазы и L-аланинаминопептидазы, как показателя целостности эпителия проксимальных почечных канальцев у пациентов с начальной стадией хронической сердечной недостаточности, и возможность ее коррекции путем назначения симвастатина. Материалы и методы. В исследование было включено 62 человека: 30 обследуемых составили контрольную группу практически здоровых лиц, 14 мужчины и 16 женщины, средний возраст – $20,67 \pm 0,18$ лет, индекс массы тела – $21,36 \pm 0,4$ кг/м². Основная группа была разделена на 2 подгруппы: первая – 15 обследуемых с хронической сердечной недостаточностью I стадии (ХСН I) без сахарного диабета II типа (СД II) – 5 мужчин и 10 женщин, средний возраст – $56,8 \pm 1,8$ лет, индекс массы тела – $30,28 \pm 1,11$ кг/м², вторая – 17 обследуемых с ХСН I на фоне СД II – 8 мужчин и 9 женщин, средний возраст – $48,25 \pm 2,45$ лет, индекс массы тела – $30,37 \pm 1,11$ кг/м². В основную группу включались пациенты с уровнем общего холестерина сыворотки

крови более 6,0 ммоль/л и ранее не принимавшие статинов, которым был назначен симваостатин в дозировке 20 мг в сутки. Наблюдение длилось 3 месяца, контролировались показатели липидного спектра сыворотки крови: общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), триацилглицеридов (ТАГ), индекса атерогенности (ИАГ), и активности почечных ферментов нейтральная α -глюкозидаза (НАГ) и Л-аланинаминопетидаза (ЛАП) в диализованной моче. Из исследования исключались лица с грубой дисфункцией органов и систем, таких как застойная сердечная недостаточность, тиреотоксикоз, хроническая почечная недостаточность, хронический активный гепатит или цирроз печени. Полученные результаты. В начале исследования были получены следующие показатели липидного спектра (в ммоль/л) контрольной группы: ОХС-4,59±0,15, ЛПВП-1,01±0,03, ЛПНП-3,21±0,18, ЛПОНП-0,45±0,03, ТАГ-0,99±0,06, ИАГ-3,64±0,16; пациентов 1 подгруппы: ОХС-6,31±0,17*, ЛПВП-1,2±0,08*, ЛПНП-3,74±0,19*, ЛПОНП-0,97±0,12*, ТАГ-2,13±0,27*, ИАГ-4,62±0,74*; пациентов 2 подгруппы: ОХС-6,27±0,23*, ЛПВП-1,11±0,06, ЛПНП-3,78±0,34, ЛПОНП-1,04±0,17*, ТАГ-2,29±0,37*, ИАГ-4,06±0,46 (*-p<0,05 по сравнению с контрольной группой). Через 3 месяца после начала исследования в 1 подгруппе: ОХС-5,15±0,2*, ЛПВП-1,52±0,1*, ЛПНП-2,9±0,17*, ЛПОНП-0,72±0,1*, ТАГ-1,62±0,21*, ИАГ-2,54±0,2* (*-p<0,05 по сравнению с началом исследования); во 2 подгруппе: ОХС-5,18±0,18*, ЛПВП-1,2±0,06, ЛПНП-3,16±0,16, ЛПОНП-0,82±0,07, ТАГ-1,8±0,16, ИАГ-3,45±0,28 (*-p<0,05 по сравнению с началом исследования). Активность почечных ферментов (в нкат/1 ммоль креатинина мочи) в начале исследования: контрольная группа – НАГ-1,34±0,14, ЛАП-0,72±0,09; 1 подгруппа – НАГ-22,75 ± 5,97*, ЛАП-16,57 ± 3,68*, 2 подгруппа – НАГ-17,24±2,47*, ЛАП-22,91±4,26* (*-p<0,05 по сравнению с контрольной группой). Через 3 месяца наблюдения: 1 подгруппа – НАГ-13,17±2,71, ЛАП-9,4±1,62; 2 подгруппа – НАГ-26,7±6,03, ЛАП-14,97±3,72. Выводы 1.В начале исследования практически все показатели липидного спектра в обеих подгруппах основной группы достоверно хуже аналогичных показателей контрольной группы. 2.После 3 месячного приема назначения симваостатина, у обследуемых обеих подгрупп основной группы, наблюдается ожидаемое, статистически достоверное, улучшение показателей липидного спектра, по сравнению с аналогичными показателями в начале исследования. 3.Активность НАГ и ЛАП у обследуемых обеих подгрупп основной группы в начале исследования достоверно выше представителей контрольной группы. 4.После назначения симваостатина у пациентов 1 подгруппы не выявлено увеличения концентрации НАГ и ЛАП в моче, что говорит о безопасности его применения для эпителия проксимальных почечных канальцев у пациентов с начальной стадией хронической сердечной недостаточности. 5.В моче обследуемых 2 подгруппы после 3 месячного приема симваостатина наблюдается снижение активности ЛАП и повышение концентрации НАГ, что, по-видимому, связано с повреждением поверхностных структур эпителия проксимальных почечных канальцев у пациентов с СД2 продолжающейся глюкозурией.

Липидный спектр сыворотки крови у молодого коренного (ханты, манси) и пришлого населения Югры

Корнеева Е.В., Воевода М.И.

Сургутский государственный университет, Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального исследовательского центра Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН, Новосибирск

Цель: оценить показатели липидного профиля у молодых коренных (ханты и манси) и некоренных жителей Югры с метаболическим синдромом (МС). Материалы и методы. Работа выполняется в НИИТПМ – филиал ФГБ НУ «ФИЦ ИЦиГ СО РАН, на базах БУ ХМАО-Югры «Федоровская городская больница» (д. Русскинская – место проживания малочисленных народов Крайнего Севера ханты и манси), «Сургутская городская клиническая поликлиника №1». За период 2015-2018 гг. в результате когортного ретроспективного исследования среди 2354 человек в возрасте 18-44 лет были обследованы 930 пациентов (39,5%) с проявлениями МС (средний возраст 36,62±5,12 лет). Обследованные пациенты были разделены на 3 группы. Городское некоренное население (253 пациента) представлено 157 женщинами и 96 мужчинами. Среди некоренных жителей села (352 человек) наблюдались 103 мужчины и 249 женщины. Коренное население (ханты и манси) было представлено 104 мужчины и 221 женщина. Методы исследования включали: антропометрическое обследование с измерением роста, веса и вычислением ИМТ, окружности талии (ОТ); определение показателей липидного спектра (ОХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП). Все исследования выполнены с информированного согласия испытуемых в соответствии с этическими нормами Хельсинской декларации (2000). Диагноз «Метаболический синдром» устанавливался согласно Рекомендациям экспертов ВНОК по диагностике и лечению МС. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программно комплекса Statistica for Windows v.7.0. Достоверность различий между признаками оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента, рассчитывалась средняя арифметическая величина (М) и ошибка средней (m). Критический уровень значимости принимался при уровне менее 0,05.

Результаты. Не были выявлены статистически значимые гендерные различия в содержании ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и ТГ (p>0,05). Высокий уровень ХС ЛПВП оставался у всех пациентов клинических групп, за исключением у двух женщин с III степенью ожирения, уровень ХС ЛПВП у которых был низким (0,8 и 0,9 ммоль/л). Для ОХС интервал распределений – 3,84-6,12 у мужчин и 3,69-5,86 ммоль/л – у женщин; для ХС ЛПВП – 0,8-1,92 и 1,0-1,99 ммоль/л; для ХС ЛПНП – 2,32-3,6 и 1,76-3,61 ммоль/л, ТГ составил 1,83-3,31 ммоль/л. Уровень ОХС был погранично-высоким как у мужчин (76,9%), так и женщин (82,3%) клинических групп при нормальном значении ИМТ. Уровень ХС ЛПВП более 1,55 ммоль/л наблюдали у 55,8% мужчин и 63,8% женщин. Снижение концентрации ХС ЛПВП менее 1,03 ммоль/л установлено у 22,1 и 12,2% соответственно. Высокое содержание ТГ выявлено у 57,7% обследованных мужчин и у 61,1% женщин. С увеличением массы тела уровень ОХС в пределах 5,2-6,2 ммоль/л определялся с практически одинаковой частотой, как у мужчин, так и женщин. У женщин уровень ОХС не превышал 5,37±0,49 ммоль/л. У местных жителей с нормальной массой тела также отмечен высокий уровень ТГ (у 76,9% мужчин, у 84,8% женщин). Высокий уровень ТГ был выявлен у 35,7% мужчины с избытком массы тела и у 34% мужчин, имеющих ожирение I степени. У женщин были получены разноречивые данные. У большинства женщин уровень ТГ встречался в пределах 2,5 ± 0,67 ммоль/л. С увеличением массы тела уровень ТГ нарастал (от 12% женщин при избытке веса, 11,7% при I степени, у 62,5% – при II степени, у 40% – при III степени ожирения). Уровень ХС ЛПНП как у мужчин, так и женщин чаще встречался выше оптимального и сохранялся в пределах 2,6-3,35 ммоль/л. И только у 60% женщин с III степенью ожирения значение ХС ЛПНП было в пределах 2,6-3,35 ммоль/л, у 20% женщин встречался выше 3,36 ммоль/л и у 20% – выше 4,14 ммоль/л.

Выводы. У молодых пришлых пациентов с МС были выявлены гендерные различия в нарушении липидного обмена, что выражалось в повышении уровня ТГ, ХС ЛПНП (у мужчин более выражено) и снижении ХС ЛПВП (чаще у женщин). Среди коренного населения у ОХС выявлен погранично-высокий уровень при нормальном значении ИМТ. При этом значение ХС

ЛПВП более 1,55 ммоль/л наблюдали у большинства женщин и мужчин ханты и манси, при высоком содержании ТГ, что связано с особенностями питания местных жителей и адаптацией к длительному проживанию в северных условиях.

Влияние прекращения курения на параметры микроциркуляторного русла у пациентов с артериальной гипертензией

Корнеева Н.В.

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск*

Цель состояла в выявлении изменений параметров микроциркуляторного русла (МЦР) у прекративших курить пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: наблюдали 94 пациентов, страдающих АГ. Перед включением в исследование от всех было получено добровольное информированное согласие. Кроме обследования, регламентированного стандартом оказания медицинской помощи при первичной артериальной гипертензии, всем исследовали МЦР методом видеобиомикроскопии конъюнктивы (ВБМСК). Пациентов распределили в 3 группы: 1 группа – прекратившие курить (в эту группу включали ранее куривших пациентов, отказавшихся от курения за несколько месяцев/лет до настоящего исследования) (n=21): средний возраст – 41,6±2,5 лет, Ж:М = 3:18, средняя длительность курения 18,3±2,7 лет, среднее количество выкуриваемых сигарет в день – 19,6±2,3 шт., среднее количество лет воздержания от курения – 4,5±0,8 лет; 2 группа – курящие (n=32): средний возраст – 36,8±2,2 лет, Ж:М = 9:23, без статистически значимой разницы по возрасту с 1 группой (p1=0,1612), средняя длительность курения – 17,6±1,9 лет, среднее количество выкуриваемых сигарет в день – 15,9±1,6 шт.; 3 группа – некурящие (сюда включены никогда не курившие пациенты) (n=41): средний возраст – 40,5±2,3 лет, Ж:М = 22:19. Критерии исключения: вторичный характер гипертензии, сопутствующая ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 1 и 2 типов, сопутствующие хронические заболевания легких, почек, желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, ХБП 3 и выше стадий, ХСН 2А и выше стадий, онкология любой локализации, а также воспалительные заболевания и травмы глаз, использование сосудосуживающих глазных и назальных капель или спреев.

Результаты. У курящих в сравнение с ранее курившими степень АГ (оцененная по заключительным диагнозам при выписке) была выше (p2=0,0275), за счет более частого выявления высокой степени АГ (23 курящих против 10 ранее куривших, p1=0,0485), что согласуется с данными литературы о более высоких степенях АД у хронических курильщиков (Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю. 2005 г., Woloshin S. et al. 2008 г.) Средний диаметр артериол, показатель артериоло-венулярного коэффициента (АВК) и средний диаметр капилляров были минимальными в группе курящих пациентов с АГ. Длительность курения была связана отрицательными средней силы статистически значимыми корреляционными связями со средним диаметром артериол (r=-0,3, p=0,0007) и АВК (r=-0,4, p=0,0001). У ранее куривших эти показатели были статистически значимо большими (p1<0,0001, для артериол и АВК, p1=0,0007 для капилляров) в сравнении с курящими, и не отличались от размеров у никогда не курящих (p2=0,8613, для артериол, p2=0,6817, АВК, p2=0,9626 капилляров). Длительность абстиненции, измеренная в годах, коррелировала со значениями среднего диаметра артериол (r=0,3, p=0,0139) и АВК (r=0,3, p=0,0036) средними по силе положительными статистически значимыми связями. Минимальное

число капилляров на 1 мм² поверхности конъюнктивы выявили среди курящих, у прекративших курить этот показатель был значительно выше (p1<0,0001) и не отличался от некурящих (p2=0,4301). Это подтверждается выявленными средней и слабой силы отрицательными корреляционными связями между количеством капилляров на 1 мм² поверхностью конъюнктивы и длительностью, интенсивностью курения и степенью АГ. Заключение. Выявленные позитивные проявления отказа от курения на уровне МЦР в виде увеличения средних диаметров артериол и капилляров, увеличения АВК и регресса rareфикации капилляров при АГ позволяют рекомендовать отказ от курения в качестве эффективной лечебной меры при коррекции повышенного АД и дисфункции эндотелия, обусловленной курением.

Эффективность комплексной терапии ремаксолом и рибоксином неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с гипотиреозом

Коровкина Е.В., Ахмадуллина Г.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оценить эффективность комплексного лечения ремаксолом и рибоксином пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и первичным гипотиреозом.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 50 пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП) и первичным гипотиреозом (41 женщина и 9 мужчин). Среди них хронический аутоиммунный тиреоидит выявлен у 30 человек (60,0%), послеоперационный гипотиреоз - у 20 (40%). Средний возраст составил 58,9±12,3 лет. Длительность гипотиреоза колебалась от 6 месяцев до 32 лет (14,9±9,4 лет). Все пациенты получали заместительную гормональную терапию препаратами тиреоидных гормонов. Компенсация гипотиреоза наблюдалась у 22 пациентов – 44,0%, уровень ТТГ составил 1,7±1,2 мМЕ/л. Декомпенсированный гипотиреоз выявлен у 28 человек – 56,0% (ТТГ 29,6±52,2 мМЕ/л). Стеатогепатит диагностирован 35 пациентам (70%), стеатогепатоз – 15 пациентам (30%). Избыточный вес выявлен у 11 человек (22,0±13,1%) с ИМТ 27,7±1,6 кг/м², ожирение 1 степени – у 20 человек (40,0±11,2%) с ИМТ 32,9±1,6 кг/м², ожирение 2 степени у 14 человек с ИМТ 37,0±1,6 кг/м² (28,0±12,4%), морбидное ожирение – у 5 человек (10,0±15,0%) с ИМТ 44,8±4,2 кг/м². Всем пациентам проводились клинический и биохимический анализы крови (общий белок, альбумин, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, АЛТ, АСТ, ЩФ, общий билирубин, глюкоза, СРБ), иммуноферментный анализ крови на ТТГ и свободный Т4, на АТ к ТПО и АТ к ТГ, УЗИ щитовидной железы и печени. Критерии исключения из исследования: вирусные гепатиты В и С, аутоиммунные гепатиты, токсические гепатиты, цирроз печени, сахарный диабет 1 и 2 типа. Все пациенты получали лечение: коррекция заместительной гормональной терапии по уровню ТТГ, курс инфузионной терапии метаболическим корректором с гепатопротективной активностью, содержащий янтарную кислоту, меглюмин, инозин, метионин, никотинамид, внутривенно капельно 600 мг в сутки в течение 10 дней с последующей терапией рибоксином в первые 3 дня 200 мг 3 раза в день внутрь, затем 400 мг 3 раза в день. Всем пациентам через 1 месяц и через 4 месяца после лечения проводился повторный биохимический анализ крови. Обработка полученных данных была произведена с использованием программы BioStat 2008 Professional ver.5.0.1.1. Результаты. У обследованных пациентов по данным биохимического анализа крови были выявлены в основном холестатический и цитолитический синдромы и дислипидемия: общий белок 63,2±7,9 г/л,

альбумин 37,5±8,5 г/л, общий холестерин 6,4±1,1 ммоль/л, триглицериды 3,3±1,7 ммоль/л, ЛПВП 1,4±0,4 ммоль/л, ЛПНП 4,6±0,8 ммоль/л, АСТ 32,2±13,3 Ед/л, АЛТ 31,5±12,4 Ед/л, ЩФ 267,9±55,5 Ед/л, общий билирубин 23,7±6,9 мкмоль/л. Через 1 месяц после терапии выявлено статистически значимое снижение показателей общего холестерина (5,6±0,9, p=0,012), ЛПНП (4,0±0,7 ммоль/л, p=0,012), АСТ (25,9±10,6 Ед/л, p=0,037), АЛТ (23,2±9,3 Ед/л, p=0,0086), щелочной фосфатазы (229,8±35,9 Ед/л, p=0,006), общего билирубина (17,5±4,8 мкмоль/л, p=0,0004). При сравнении показателей пациентов через 1 и через 4 месяца после лечения обнаружено статистически значимое снижение уровня ЛПНП (3,6±0,5 ммоль/л, p=0,04), АСТ (20,8±7,3 Ед/л, p=0,04), щелочной фосфатазы (199,9±30,8 Ед/л, p=0,002), общего билирубина (15,3±3,8 мкмоль/л, p=0,037). Клинико-лабораторное улучшение картины течения НЖБП у пациентов с гипотиреозом может быть обусловлено гепатопротекторными и антиоксидантными свойствами сукцинатсодержащего препарата, влиянием рибоксина на обмен глюкозы при гипоксии и обеспечением нормального процесса тканевого дыхания путем активации метаболизма пировиноградной кислоты, а также коррекцией заместительной гормональной терапии, улучшением компенсации гипотиреоза, что повышает скорость метаболизма, тем самым позитивно действует на функциональное состояние печени.

Выводы. Таким образом, комплексная терапия ремаксолом, рибоксином и левотироксином натрия НЖБП у пациентов с первичным гипотиреозом является эффективным и надежным методом лечения за счет патогенетического и взаимодополняющего действия препаратов.

Частота встречаемости нарушений ритма и проводимости сердца среди студенческого контингента

Королёва Л.Ю.

Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева,
Медицинский институт, Орёл

Нарушения ритма и проводимости сердца являются одной из наиболее сложных и недостаточно изученных, а в связи с этим и одной из наиболее актуальных проблем кардиологии. Согласно современным статистическим данным, большинство исследований в отношении изучения частоты и структуры аритмий в популяции постепенно смещается на молодой возраст в связи с широкой распространенностью данного состояния и тенденцией к его дальнейшему омоложению.

Целью работы является изучение частоты встречаемости различных вариантов нарушений ритма и проводимости сердца среди студенческого контингента Орловской области.

Материалы и методы. Проведено скрининговое исследование состояния сердечно-сосудистой системы посредством однократной регистрации ЭКГ с последующим многомерным статистическим анализом полученных электрокардиографических параметров у 409 студентов, обучающихся на первом курсе Орловского государственного университета имени И.С. Тургенева в 2016-2018 учебных годах.

Результаты. Обследованные студенты были разделены на две группы по гендерному признаку. В первую группу вошли девушки в возрасте 17-18 лет (n=223), во вторую – юноши того же возраста (n=186). В обеих группах у абсолютного большинства обследуемых был выявлен синусовый ритм: в 1-й группе – у 208 человек, во 2-й – у 158 человек, из них у 66% девушек (n=137) и у 77% юношей (n=122) регистрировалась синусовая аритмия. У 29 человек выявлены эктопические ритмы. В результате проведенного анализа электрокардиографических параметров у 14 участников

скринингового исследования были выявлены различные варианты нарушений ритма и проводимости сердца. Среди них были зафиксированы 3 случая наджелудочковой экстрасистолии у юношей, 3 случая удлинения интервала QT (1 девушка и 2 юношей), 2 случая укорочения интервала QT (1 девушка и 1 юноша), также однократно в обследуемой группе девушек выявлены пароксизм желудочковой тахикардии с ЧСС 146 ударов в минуту длительностью 20 секунд, фибрилляция предсердий нормосистолический вариант. В группе юношей однократно регистрировались синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдром), атриовентрикулярная блокада 1-й степени, блокада правой ножки пучка Гиса, выраженная синусовая брадикардия с ЧСС 32 удара в минуту. При этом никакой клинической симптоматики у данной группы лиц выявлено не было, кардиологический анамнез не отягощен, нарушения ритма и проводимости сердца на ЭКГ выявлены впервые у 9 из 14 человек.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что среди студенческого контингента Орловской области у 3,4% обследуемых выявлены различные варианты нарушений ритма и проводимости сердца. Довольно высокая доля обнаруженных нарушений согласуется с имеющимися статистическими данными о тенденции к омоложению указанных патологий. Следует дополнительно отметить, что такие выявленные нарушения как удлинение интервала QT и желудочковая тахикардия относятся к жизнеугрожающим аритмиям, требующим пристального наблюдения за участниками данной группы и проведения дополнительного обследования для выяснения причин их происхождения.

Опыт работы выездной поликлиники в отдаленных территориях Пермского края

Корягина Н.А., Матвеев Д.А., Пономарев С.А., Мелехова О.Б.,
Наумов С.А.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Проблема доступности медицинской помощи населению сельских районов Пермского края формируется из сложности транспортных коммуникаций в сочетании с удаленностью медицинских учреждений, особенно тех, которые оказывают специализированную медицинскую помощь, от мест проживания пациентов; специфичности сельскохозяйственного труда, особенно наличие личного подсобного хозяйства; влияют особенности условий и образа жизни, культурный уровень сельского населения; распространенность безработных и пенсионеров, а также отсутствие «узких» специалистов на территории приводят к снижению доступности медицинской помощи населению отдаленных районов и, как следствие, к поздней диагностике заболеваний и прогрессированию хронической патологии. Пермский край состоит из 14 городов и 40 муниципальных районов. На долю краевого центра приходится порядка 38% всего населения, на долю других крупных городов с населением более 50 тыс. жителей – 19%.

Цель исследования. Определить возможности и эффективность выездной формы работы с целью оказания медицинской помощи на отдаленных территориях Пермского края.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов работы выездной поликлиники на территории Пермского края за 2016-2017 гг.

Результаты. Выездная форма работы представляет собой практическую и организаторскую деятельность, направленную на увеличение доступности медицинской помощи населению сельских территорий Пермского края по диагностике и лечению пациентов. Всего за 2016 год было проведено 5978 консультаций, в 2017 году – 6325 консультаций. Врачами выездной поликлиники проводилось распределение больных по медицинским

учреждениям для последующего лечения и наблюдения, при этом более чем в 80% случаев больным было назначено лечение амбулаторно или в условиях стационара, 12% были направлены в учреждения третьего уровня. Вся работа координируется с Министерством здравоохранения и лично контролируется министром здравоохранения Пермского края Дмитрием Александровичем Матвеевым.

Вывод. Активное использование данной формы работы позволяет обеспечить этапность и преемственность оказания медицинской помощи сельскому населению Пермского края.

Показатели вариабельности ритма сердца в зависимости от выявления кардиоваскулярной патологии

Корягина Н.А., Шадрин А.А., Мелехова О.Б., Петрищева А.В., Туев А.В.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

В настоящее время изучение вариабельности ритма сердца (ВРС) особенно у лиц трудоспособного возраста вызывает интерес с целью ранней диагностики, коррекции и оценки прогноза.

Цель: изучить изменение ВРС у лиц без сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ), с впервые установленным и имеющим стаж данной патологии.

Материал и методы: проведено длительное мониторирование ЭКГ с помощью системы Astrocard® у лиц 40-60 летнего возраста. 1 группа – 50 человек без ССЗ в анамнезе, 2-я группа с впервые установленным ССЗ – 83, 3-я группа – 129 человек, госпитализированных в кардиологический стационар. Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. Проводилась оценка временных показателей ВРС (SDNN, PNN50, RMSSD).

Результаты: наибольшие изменения показателя, характеризующего общую вариабельность ритма, SDNN выявлены в 2 группе респондентов с впервые установленным диагнозом ССЗ – $93,13 \pm 25,02$ мс, значимо отличающиеся от 1 и 3 группы: $144,90 \pm 44,95$ мс и $135,27 \pm 39,88$ мс ($p < 0,05$). Показатели, отвечающие за влияние парасимпатического компонента, находились в пределах общепризнанных норм во всех трех группах. Но имелись достоверные различия между 1 и 2 группами: RMSSD $58,87 \pm 15,74$ мс и $38,06 \pm 15,0$ мс, $p < 0,0001$; PNN50 $40,21 \pm 16,32\%$ и $18,89 \pm 12,67\%$, $p < 0,0001$, свидетельствующие о снижении вагусного влияния. Промежуточные значения данных показателей продемонстрировала 3 группа респондентов, которым проводится медикаментозная коррекция ССЗ.

Выводы: 1. Выявленные изменения временных показателей вариабельности ритма сердца подтверждают высокую распространенность ригидности сердечного ритма при кардиальной патологии. 2. Раннее начало изменений ВРС требует более широкого использования длительного мониторирования ЭКГ у лиц трудоспособного возраста. 3. Медикаментозная коррекция ССЗ сопровождается улучшением показателей вариабельности ритма.

Приоритеты выбора врачами стационарного звена препаратов для лечения пациентов с нарушениями ритма сердца

Космачева Е.Д., Манукова Т.С., Компаниец О.Г., Кижватова Н.В.

Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Нарушения ритма сердца занимают одно из ведущих мест в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости и могут быть как самостоятельными

нозологическими формами, так и осложнением других патологий. Выбор антиаритмической терапии особенно важен в условиях коморбидной патологии.

Целью настоящего исследования явилось выяснение предпочтений врачей стационарного звена медицинской помощи в выборе лекарственных средств для лечения пациентов с нарушениями ритма в условиях коморбидной патологии.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки выполнен ретроспективный анализ 50-ти историй болезни пациентов с нарушениями ритма сердца, которым оказывалась медицинская помощь в условиях кардиологического отделения стационаров. Статистический анализ материалов был проведен с использованием математических методов в программе Excel.

Результаты. Средний возраст больных составил $61,08 \pm 11,23$. Из них мужчин – 56%, женщин – 44%. Среди верифицированных нарушений ритма сердца преобладали пациенты с пароксизмальной фибрилляцией предсердий в сочетании с пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией (8%), персистирующая фибрилляция или трепетание предсердий (22%), пароксизмальная желудочковая тахикардия (10%). Нарушения ритма развивались на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) – 52%, хронической сердечной недостаточности (ХСН) – 96%, гипертонической болезни (ГБ) – 76%. Оценка выбора препаратов врачами стационара показала, что бета-адреноблокаторы назначались у 66% пациентов с преимущественным выбором метопролола (36%), бисопролола – 20%. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) назначались у 72% (периндоприл 60%, эналаприл – 12%). Сартаны получали 4 человека. Ни у одного пациента не было превышения дозирования лекарственных средств и несовместимых комбинаций препаратов в условиях коморбидной кардиальной патологии.

Заключение. Исследование показало соответствие доз и кратности назначений препаратов пациентам с нарушением ритма в условиях стационара и отсутствие нерациональных комбинаций. Ведущее место в листах назначений занимают ингибиторы АПФ в связи с высокой долей пациентов с ХСН. Среди антиаритмиков преобладают бета-адреноблокаторы. Необходимо информировать врачей об отсутствии показаний нарушения ритма у бисопролола в отличие от метопролола.

Диагностика неалкогольной жировой болезни печени и стеатоза поджелудочной железы у лиц с ожирением

Косюра С.Д., Ливанцова Е.Н., Вараева Ю.Р., Поленова Н.В.

Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: Согласно последнему метаанализу мировая распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) составляет 25,24% и занимает 1 место среди заболеваний печени (71,6%). За последнее десятилетие распространенность НАЖБП в России выросла на 10% с 27,0% в РФ 2007 г. до 37,3% в 2014 г., из них от 20% до 80% пациентов с НАЖБП соответствуют критериям метаболического синдрома. Цель исследования – выявить частоту встречаемости неалкогольной жировой болезни печени и стеатоза поджелудочной железы у лиц с ожирением, оценить взаимосвязь неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с метаболическими проявлениями ожирения.

Материалы и методы. В исследование рандомизированы 137 пациентов с ИМТ ≥ 30 кг/м² экзогенно-конституциональным ожирением, из них женщины 100 (73,5%), мужчины 36 (26,5%). Средний возраст пациентов

составил 50,6 (95% ДИ 12,4-15,7), у женщин – 53,1 (95% ДИ 11,3-14,9), мужчин – 43,6 (95% ДИ 11,6-18,7). Всем пациентам проводилось биохимическое исследование с определением показателей липидного профиля, инсулинорезистентности, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, липазы, мочевой кислоты, УЗИ брюшной полости.

Результаты. НАЖБП диагностирована у 65 пациентов (47,8%), стеатогепатит (НАСГ) у 17 (12,5%), НАЖБП не выявлена у 54 (39,7%). Средний возраст пациентов с НАЖБП составил 51,9 (95% ДИ 9,7–13,2), без стеатоза печени 48,8 (95% ДИ 14,3–20,9). У пациентов с НАЖБП значимо выше были показатели жировой массы 52,1 (95% ДИ 12,7-17,4) $p=3,1 \times 10^{-23}$ и висцерального жира 230,3 (95% ДИ 37,3-65,2) $p=0,0003$, по сравнению с пациентами без НАЖБП с ожирением 46,9 (95% ДИ 11,0-16,3) и 219,1 (95% ДИ 27,5-65,9) соответственно. У пациентов с НАЖБП значимо выше были показатели липидного профиля: уровень общего холестерина (ОХС) – 5,42 (95% ДИ 1,06-1,45) (без НАЖБП 5,16 (95% ДИ 0,91-1,36)), триглицеридов – 1,73 (95% ДИ 0,9-1,24) (без НАЖБП 1,24 (95% ДИ 0,47-0,71)), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 3,78 (95% ДИ 0,92-1,27) (без НАЖБП 3,49 (95% ДИ 0,74-1,1)) $p < 0,05$. Уровни АСТ, АЛТ и ГГТ были значимо выше у пациентов с НАСГ и составили АСТ 41,7 (95% ДИ 11,8; 23,7), АЛТ 62,3 (20,9; 42,6), ГГТ 76,6 (95% ДИ 38,1; 84,8) $p < 0,05$, по сравнению с пациентами с НАЖБП: АСТ 19,5 (95% ДИ 4,6; 6,6), АЛТ 20,5 (95% ДИ 6,3; 9,1), ГГТ 34,2 (95% ДИ 24,6; 38,8) и без НАЖБП: АСТ 20,6 (95% ДИ 7,5; 11,1), АЛТ 24,5 (95% ДИ 17,1; 25,5), ГГТ 28,3 (95% ДИ 9,7; 16,2). НАЖБП коррелировала с уровнем АСТ (R 0,37), АЛТ (R 0,39), ГГТ (R 0,37), глюкозы (R 0,35), уровень ОХС коррелировал с уровнем ЛПВП (R 0,94), АпоВ1 (R 0,83) и возрастом (R 0,41), степенью стеатоза ПЖ (R 0,87) и отрицательно коррелировал с уровнем липазы (R -0,40). У пациентов с НАЖБП стеатоз ПЖ выявляется в 74,5% случаев, при наличии стеатоза ПЖ - НАЖБП встречается в 59,1% случаев. У пациентов с НАЖБП и стеатозом ПЖ отмечалась корреляционная связь с уровнем мочевой кислоты (R 0,77). При отсутствии НАЖБ у лиц с ожирением возраст коррелировал с наличием стеатоза ПЖ (R 0,61), уровнем глюкозы (R 0,53) и отрицательно коррелировал с уровнем липазы (R -0,55)

Выводы. НАЖБП имеет высокую распространенность у лиц с ожирением, каждый пятый из которых со стеатогепатитом. У лиц с ожирением НАЖБП часто ассоциирована не только с метаболическими нарушениями, но и с поражением щитовидной железы. НАЖБП коррелировала с уровнем АСТ (R 0,37), АЛТ (R 0,39), ГГТ (R 0,37), глюкозы (R 0,35), уровень ОХС коррелировал с уровнем ЛПВП (R 0,94), АпоВ1 (R 0,83) и возрастом (R 0,41), степенью стеатоза ПЖ (R 0,87) и отрицательно коррелировал с уровнем липазы (R -0,40). У пациентов с НАЖБП стеатоз ПЖ выявляется в 74,5% случаев, при наличии стеатоза ПЖ – НАЖБП встречается в 59,1% случаев. У пациентов с НАЖБП и стеатозом ПЖ отмечалась корреляционная связь с уровнем мочевой кислоты (R 0,77). При отсутствии НАЖБ у лиц с ожирением возраст коррелировал с наличием стеатоза ПЖ (R 0,61), уровнем глюкозы (R 0,53) и отрицательно коррелировал с уровнем липазы (R -0,55) Научно-исследовательская работа выполнена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания по Программе ФНИ ГАН на 2013-2020 гг. по теме № 0529-2015-0013.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), стеатоз поджелудочной железы (ПЖ), УЗИ брюшной полости, ожирение, метаболический синдром

Оценка функционального статуса пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Косяков А.В., Абросимов В.Н.

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

Введение. В регуляции дыхания и кровообращения у пациентов с ХОБЛ существенную роль играет эргорефлекс. Активация эргорецепторов работающих скелетных мышц, поддерживает оптимальный уровень легочной вентиляции, сердечного выброса и сосудистого тонуса. Повышение симпатического тонуса, вазоконстрикция в неработающих конечностях, приводят к увеличению доставки кислорода к работающим мышцам.

Цель. Оценить влияние эргорефлекса на показатели дыхания и кровообращения у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 68 мужчин с диагнозом ХОБЛ (возраст $58,4 \pm 9,2$ лет) и 42 пациента без диагноза ХОБЛ. У всех пациентов оценивался эргорефлекс с помощью программно-аппаратного комплекса «Варикард». Запись кардиоинтервалограммы проводили до и во время раздувания воздухом манжет, наложенных на бедра нижних конечностей. Проводили запись ЧДД.

Результаты. Отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение суммарного эффекта вегетативной регуляции (SDNN, мс). Показатели мощности высокочастотной составляющей спектра (HF) имели аналогичную тенденцию. ЧДД до исследования было $15,53 \pm 4,7$ в мин. После исследования отмечался подъем ЧДД до $16,15 \pm 4,2$ в мин.

Выводы. У пациентов с ХОБЛ возникает вегетативный дисбаланс, снижается суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения и дыхания. Торможение активации эргорефлекса с нижних конечностей приводит к уменьшению активности парасимпатического и активации симпатического звена вегетативной регуляции. Методика оценки эргорефлекса представляет дополнительную возможность в оценке функционального статуса пациентов с ХОБЛ.

Роль терапевтических осложнений в структуре послеоперационных результатов у пациентов, перенесших онкоурологические операции очень высокого риска

Котова Д.П., Шевырев С.Н., Котов С.В., Шостак Н.А., Свет А.В.

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: оценить частоту и профиль терапевтических осложнений, возникающих у пациентов в течение 30 дней после больших хирургических вмешательств.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов ($n=79$), прооперированных в урологическом отделении ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы по поводу рака почки с опухолевым тромбозом нижней полой вены и мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря в период с 2011 по 2017 год. Радикальная нефрэктомия с удалением опухолевого тромба из нижней полой вены и забрюшинной лимфаденэктомией была выполнена 26 пациентам, радикальная цистэктомия с тазовой лимфаденэктомией и использованием сегмента кишечника для отведения мочи – 53 пациентам. Средний возраст пациентов был $66,5 \pm 8,3$ лет, среднее значение ИМТ – $28,1 \pm 4,8$. У 41 пациента (52%) была 3 степень анестезиологического риска (ASA), 2 степень – у 38 пациентов (48%). Среди сопутствующих заболеваний наибольшее количество было артериальной гипертензии – у 56 пациентов (71%), ишемическая болезнь сердца – у 12 пациентов (15%), сахарный диабет – у 12 пациентов (15%), хроническая обструктивная болезнь легких – у 11 пациентов (14%), перенесенное в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения – у 6 пациентов (7,6%), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий – у 4 пациентов (5%), язвенная болезнь желудка в анамнезе – у 4 пациентов (5%). Сочетание двух из перечисленных

заболеваний встречалось у 20 пациентов (25%), сочетание трех и более заболеваний – у 18 пациентов (23%). Только 29 человек (36,7%) получали медикаментозную терапию сопутствующих заболеваний.

Результаты: в течение 30 дней после операций было 9 летальных исходов (11%) вследствие нехирургических причин: 3 острых инфаркта миокарда, 1 острое нарушение мозгового кровообращения, 2 тромбозы легочной артерии, 3 случая внутрибольничной пневмонии и системной воспалительной реакции. К нефатальным осложнениям терапевтического профиля относились: 16 эпизодов ишемии миокарда (20%), потребовавшие приема нитратов короткого действия, 4 случая развития внутрибольничной пневмонии (5%), 3 пароксизма фибрилляции предсердий (3,7%), купированных медикаментозно, у 3 пациентов зарегистрирована гипотония, потребовавшая нахождения в условиях отделения интенсивной терапии и терапии вазопрессорами (3,7%), в 1 случае возникла декомпенсация хронической сердечной недостаточности (1,2%). Большинство терапевтических осложнений наблюдались в первые 3 суток после оперативного вмешательства.

Выводы: учитывая большое количество серьезных осложнений терапевтического профиля у пациентов, перенесших обширные хирургические вмешательства и потребовавших постоянного терапевтического мониторинга в послеоперационном периоде, необходима тщательная предоперационная коррекция факторов риска, в том числе коррекция медикаментозной терапии у пациентов с сопутствующей терапевтической патологией.

Особенности локального воспаления при хронической обструктивной болезни легких, сочетанной с сахарным диабетом 2 типа

Котова И.С., Победенная Г.П., Кабещкая Л.Д.

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганский Республиканский онкологический диспансер, Луганск

Выраженность локального воспаления при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) определяет особенности течения заболевания. Существенную роль в формировании локального воспаления при ХОБЛ играют медиаторы и клетки воспаления. Патогенетически связанным с ХОБЛ рассматривают сахарный диабет 2 типа (СД). Особенности локального воспаления в бронхах пациентов с сочетанием ХОБЛ и СД 2 типа представляют интерес для поиска механизмов его подавления. Цель работы – изучить состояние трахеобронхиального дерева (ТБД) и пристеночного рН у больных ХОБЛ, сочетанной с СД 2 типа. Материал и методы исследования. Исследование проведено у 42 больных с обострением ХОЗЛ клинической группы В (GOLD II), в т.ч. в ассоциации с СД 2 типа – у 20 чел. (исследуемая группа), с ХОБЛ без СД – у 22 чел. (группа сравнения). Состояние ТБД у больных изучали фибробронхоскопом Olympus (Япония). Определение пристеночного рН ТБД производили методом компьютерной внутриполостной рН-метрии, разработанным Чернобровым В.М. и соавт. (1999). Измерение рН осуществлялось на участках карины трахеи, справа и слева на уровне шпоры верхнего долевого бронха, справа и слева на уровне шпоры среднего долевого бронха, справа и слева в нижнем долевого бронхе, в симметричных участках сегментарных и субсегментарных бронхов. У 5 больных ХОБЛ группы сравнения выявлялся диффузный катарально-гнойный эндобронхит, у 17 – гнойный эндобронхит. Катарально-гнойный эндобронхит при эндоскопическом исследовании был выявлен у 1 больного основной группы, а у 19 – гнойный эндобронхит. При исследовании пристеночного

рН в разных точках трахеобронхиального дерева (ТБД) больных было обнаружено, что у пациентов с ХОЗЛ градиент рН на участках ТБД «киль трахеи-устья субсегментарных бронхов» повышался, в среднем, на 3,4% и больше по сравнению с нормой. Частота выявления патогенной и условно патогенной микрофлоры возрастала наряду со смещением рН в щелочную сторону, что свидетельствовало об активности эндобронхита. При ХОБЛ увеличение секреции бокаловидных клеток в проксимальных отделах ТБД и возрастание количества продуктов и медиаторов воспаления (белков, сиаломуцинов и т.п.) в дистальных участках способствовало ощелачиванию рН этих отделов и развитию в них микрофлоры. Величина пристеночного рН ТБД была сопряжена со степенью проявлений эндобронхита. Выводы. У пациентов с обострением ХОБЛ, сочетанной с СД 2 типа, наиболее часто выявлялся гнойный эндобронхит со смещением пристеночного рН в разных участках ТБД в щелочную сторону со смещением градиента рН более 3,5%.

Индивидуальный генотип пациента – наиболее значимый фактор риска лекарственного поражения печени при терапии сердечно-сосудистых заболеваний

Кох Н.В., Воронина Е.Н., Ефремова Т.В., Солдатова Г.С., Лифшиц Г.И.

Новосибирский государственный университет, Институт химической биологии и фундаментальной медицины, Новосибирск

Пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и показаниями к пожизненному применению более чем одного лекарственного средства, а также наличием фонового процесса в печени, такого как стеатогепатоз, попадают в группу высокого риска лекарственного поражения печени (ЛПП).

Нами было выполнено пилотное исследование «случай-контроль», цель которого – оценить клинические, биохимические и генетические факторы риска развития синдрома цитолиза гепатоцитов у пациентов с сочетанием стеатогепатоза и обострением хронической сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. В исследование включены 74 пациента с хроническим сердечно-сосудистым заболеванием (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь) проходивших лечение в отделении кардиологического стационара ЦКБ СО РАН с нормальным исходным уровнем трансаминаз (АСТ и АЛТ), из них у 12 человек на 10 день лечения отмечено повышение трансаминаз более, чем в 3 раза. Всем пациентам проводились лечебные и диагностические мероприятия в соответствии с медицинскими стандартами действующими на территории РФ. Сверх стандартов было проведено генотипирование полиморфных локусов генов семейства цитохрома P450, в лаборатории фармакогеномики ИХБФМ СО РАН методом ПЦР в реальном времени. Частота встречаемости «минорных» аллельных вариантов была значительно выше в группе с синдромом цитолиза: для аллелей CYP2C9*3, CYP2D6*4, CYP2C19*2, CYP2C19*17 – $p < 0,01$. Не выявлено достоверной корреляции между синдромом цитолиза и фенотипическими параметрами: пол, возраст, индекс массы тела. Подтверждена положительная корреляция НАЖБП с абдоминальным ожирением и индексом массы тела. Не выявлено достоверной корреляции между синдромом цитолиза и клиническими и биохимическими факторами. Присутствие минорных аллелей генов системы цитохрома P-450 – CYP2C9, CYP2D6, CYP2C19 повышает риск цитолиза у пациентов при лечении обострений ССЗ на фоне стеатогепатоза. Необходимы дальнейшие фармакогенетические исследования для разработки практических рекомендаций для проведения генетического

тестирования пациентам из группы высокого риска ЛПП с целью выбора наиболее безопасной комбинации лекарственной терапии.

Особенности кардиоваскулярной автономной нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца

Коцкая А.В., Кудинов В.И., Терентьев В.П., Ланкина М.С., Корсун Н.А.

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

Цель исследования: изучить распространенность кардиоваскулярной автономной нейропатии (КАН) у больных сахарным диабетом 2 типа в сочетании с ишемической болезнью сердца (СД+ИБС) на основании анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) и оценить влияние КАН на особенности течения коморбидной патологии.

Материалы и методы: обследовано 115 больных (СД+ИБС). Из них 44% женщин, 56% мужчин. Длительность диабета составляла $9,6 \pm 2,6$ лет. Средний возраст $64,2 \pm 3,8$ лет. В контрольную группу входили 44 пациента с ИБС, без нарушений углеводного обмена, средний возраст $62,4 \pm 2,8$ лет. Длительность ИБС в обеих группах существенно не отличалась и составляла в среднем $8,8 \pm 2,3$ лет. Всем больным проводились общеклинические исследования, гликированный гемоглобин (HbA1c), липидный спектр, коронароангиография, холтеровское мониторирование ЭКГ с вычислением циркадного индекса (ЦИ) и оценка показателей ВРС (временной анализ). С целью диагностики КАН выполнялись «классические» кардиоваскулярные тесты по D. Ewing (1975).

Результаты. У больных СД+ИБС уровень HbA1c составлял $8,6 \pm 1,1\%$, только 13% пациентов этой группы достигали целевых значений показателя углеводного обмена. Анализ результатов коронарографии показал, что у пациентов СД+ИБС преобладало двух- и трехсосудистое поражение коронарного русла (48% и 44% соответственно), в то время как в контрольной группе, чаще наблюдалось однососудистое поражение (68%). В группе больных СД+ИБС гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий были выявлены у 79,5% пациентов. При этом, в структуре изменений коронарных артерий наиболее часто (82%) выявлено поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, 61% – правой коронарной артерии, 24% – ветви тупого края левой коронарной артерии, 16% – огибающая ветвь левой коронарной артерии. У женщин преобладало поражение среднего сегмента (62%); у мужчин – проксимального сегмента ПМЖВ (74%). В группе пациентов СД+ИБС наличие приступов стенокардии отмечали только 47% обследованных, что, возможно связано с высокой распространенностью КАН в группе СД+ИБС, в то время как в контрольной группе их число составляло 74%. Выполнение кардиоваскулярных тестов позволило выявить КАН у 24% пациентов группы СД+ИБС. В тоже время при изучении ЦИ оказалось, что если в контрольной группе он составлял $1,22 \pm 0,03$, то в группе СД+ИБС у 46% пациентов этот показатель был существенно ниже. Подобным образом изменялись у пациентов СД+ИБС и показатели ВРС. По сравнению с показателями контрольной группой выраженное снижение характеристик временного анализа выявлено у 38% пациентов группы СД+ИБС, что позволило диагностировать у них КАН. При этом клинические проявления КАН отмечали только 24% пациентов, у остальных (76%) установлена доклиническая стадия КАН. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточной информативности «классических» кардиоваскулярных тестов по D. Ewing для диагностики КАН, особенно на доклинической стадии. Вместе с тем, использование ХМЭКГ с определением показателей ВРС позволило выявить начальные

проявления КАН у большинства пациентов СД+ИБС.

Выводы: 1. У больных СД+ИБС преобладало многососудистое, диффузное поражение коронарных артерий (92% больных). Гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий у больных СД+ИБС чаще всего выявляется в ПМЖВ (82%), при этом у женщин преобладало поражение среднего сегмента, у мужчин – проксимального. 3. Распространенность КАН у больных СД+ИБС по данным ХМЭКГ с определением вариабельности ритма сердца составляла 38%. 4. У больных СД+ИБС изучение вариабельности ритма сердца позволяло выявлять доклиническую стадию КАН у 76% больных.

Распространенность пресаркопении и саркопении, оцененная с применением биоимпедансометрии и определения силы сжатия кисти у пожилых больных с низкоэнергетическими переломами бедра

Крутько Д.М., Гайнутдинова Е.М., Мальцева Т.С., Мазуренко С.О.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург*

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка состава тела, мышечной силы и распространенность пресаркопении и саркопении у пациентов с низкоэнергетическими переломами бедра, госпитализированных в Отделение травматологии и ортопедии Больницы святого Георгия (Санкт-Петербург, Россия).

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациента (28 женщин, 7 мужчин), госпитализированных в Отделение травматологии и ортопедии Больницы св. Георгия с новыми низкоэнергетическими переломами бедра. Женщины составили 82% от общего количества пациентов. Средний возраст пациентов составил $76,3 \pm 11,9$ лет. Для определения состава тела была использована биоимпедансометрия (БИМ). Для измерения показателей БИМ применялся прибор Диамант-АИСТ (ЗАО Диамант, Россия, Санкт-Петербург). Скелетно-мышечная масса была вычислена по формуле $СММ (кг) = 0,566 \times БЖМ$ (безжировая масса). Индекс скелетно-мышечной массы (ИСММ) был вычислен как $СММ (кг) / \text{рост} (м)^2$. Мышечная сила измерялась ручным динамометром, больным предоставлялось три последовательные попытки; для анализа было выбрано наиболее высокое значение.

Результаты. Для оценки индекса скелетно-мышечной массы использовался консенсус Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых. Умеренная саркопения определялась значениями ИСММ в интервале от 8,51 и 10,75 $кг/м^2$ у мужчин и от 5,76 до 6,75 $кг/м^2$ у женщин; тяжелая саркопения – значениями $\leq 8,50$ $кг/м^2$ у мужчин и $\leq 5,75$ $кг/м^2$ у женщин. Критерии диагностики саркопении на основании измерения мышечной силы при различных значениях ИМТ у мужчин соответствовали: ИМТ ≤ 24 - ≤ 29 кг, ИМТ 24,1–26 - ≤ 30 кг, ИМТ 26,1–28 - ≤ 30 кг, ИМТ > 28 - ≤ 32 кг. У женщин значения критерия соответствовали: ИМТ ≤ 23 - ≤ 17 кг, ИМТ 23,1–26 - $\leq 17,3$ кг, ИМТ 26,1–29 - ≤ 18 кг, ИМТ > 29 - ≤ 21 кг. Согласно данным исследования, среднее значение ИМТ составляло 24,7 (СО 3,6). У 12 пациентов значение ИМТ было больше 25 и ни один из пациентов не имел значения больше 34. Средняя масса составила $70,26 \pm 19,67$ кг у мужчин и $64,6 \pm 11,05$ кг у женщин. Средний показатель жировой массы составлял $15,4 \pm 6,98$ кг. БЖМ в среднем составляла $36,96 \pm 9,14$ кг. Максимальная сила сжатия руки у мужчин составляла $33,13 \pm 14,58$ кг. Максимальная сила сжатия руки у женщин – $14,6 \pm 6,12$ кг. Согласно указанным выше критериям динамометрии, 18 из 28 женщин (64%) продемонстрировали результаты, соответствующие саркопении; при

этом только двое мужчин из 7 (29%) продемонстрировали значения, необходимые для диагностики саркопении. Среднее значение СММ у мужчин составило $31,05 \pm 7,19$ кг, у женщин – $27,68 \pm 4,43$ кг. Соответственно, значение ИСММ составило $10,49 \pm 1,48$ кг/м² у мужчин и $10,6 \pm 1,24$ кг/м² у женщин. Соответственно, только два пациента из исследуемой группы соответствовали критериям принятым консенсусом по саркопении Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых, ни один пациент не соответствовал критериям Рабочей группы по пресаркопении. Также ни один пациент не продемонстрировал наличие пресаркопенического ожирения по критериям NHANES III.

Обсуждение. У пациентов пожилого возраста перенесших низкоэнергетический перелом саркопении выявлялась относительно редко, при этом у большинства отмечалось снижение силы сжатия кисти, которое не коррелировало со скелетно-мышечной массой и индексом скелетно-мышечной массы.

Достижение целевого уровня липидов у пациентов очень высокого кардиоваскулярного риска в реальной клинической практике

Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Жукова Н.В.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Цель. Оценить эффективность предшествующего контроля дислипидемии с использованием статинов у пациентов с ишемической болезнью сердца, поступивших в стационар.

Материал и методы: Исследование проводилось на базе кардиологического отделения больницы № 7 г. Симферополь. В исследование были включены 58 пациентов (28 мужчин и 30 женщин в возрасте 60-75 лет) с установленным диагнозом ИБС, из них 26 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Давность ИБС всех пациентов, включенных в исследование, составляла более 5 лет. Анализировались уровень ХС ЛПНП при поступлении, а так же данные анамнеза использования, с целью вторичной профилактики и лечения ИБС, статинов на амбулаторном этапе до поступления в стационар. Уточняли длительность и постоянство применения статинов, рекомендованную дозу препарата на амбулаторном этапе, частоту контроля эффективности лечения.

Результаты исследований. При поступлении в кардиологическое отделение только у 11 (18%) пациентов содержание ХС ЛПНП в плазме крови соответствовало целевому уровню этого показателя для пациентов категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Средний уровень ХС ЛПНП в группе наблюдения составил $3,2$ ммоль/л. На амбулаторном этапе всем пациентам была дана рекомендация по длительной терапии статинами. При этом, четкое следование рекомендациям врача по использованию лекарственного препарата отмечали только 25 (43%) пациентов, остальные на амбулаторном этапе статин не принимали вовсе или отменили препарат после короткого курса приема самостоятельно. Все пациенты, принимавшие статин, отмечали хорошую его переносимость. Из 25 пациентов, постоянно использующих статин, 16 больным был рекомендован аторвастатин и 9 – розувастатин. При этом, у 19 пациентов были использованы длительно стартовые дозы аторвастатина 20 мг или розувастатина 10 мг, без последующего контроля уровня ХС ЛПНП и титрации дозы до целевого уровня. Большинству пациентам с ПИКС были рекомендованы аналогичные дозы препаратов. Только у 11 (18%) пациентов, которые достигли целевого уровня ХС ЛПНП по данным исследования при поступлении в стационар, была длительно использована доза аторвастатина 40 мг. Все эти пациенты в прошлом перенесли инфаркт миокарда.

Выводы. У больных ИБС при поступлении в стационар в 82% случаев наблюдается недостаточная эффективность контроля дислипидемии на амбулаторном этапе. Причинами отсутствия достижения целевого уровня ХС ЛПНП являются низкая приверженность пациентов к проводимой терапии статинами, а так же использование не эффективных доз препаратов без титрации и оценки динамики уровня ХС ЛПНП на фоне лечения. У больных с ПИКС в большинстве случаев отсутствует стратегия длительной высокоинтенсивной терапии статинами.

Сравнительная оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у молодежи разного уровня образования

Кулёва А.А., Гаврилова Е.С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Актуальность. Факторы риска (ФР) являются общими для многих заболеваний, имеют высокую распространенность среди лиц молодого возраста.

Цель. Провести сравнительную оценку основных ФР хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ.

Материалы и методы. Обследовано 281 студент 1 курса (средний возраст $18,1 \pm 1,4$ лет) и 6 курса 169 студентов ЮУГМУ (средний возраст $22,9 \pm 0,8$ лет), а также 166 учащихся младших курсов (средний возраст $19,0 \pm 1,0$ лет) и 178 учащихся старших курсов (средний возраст $20,0 \pm 1,0$ лет) медицинского колледжа ЮУГМУ. Оценка поведенческих ФР проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (кг/м²) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение артериального давления и интерпретация данных проводилась согласно российским рекомендациям (2013). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Данные представлены в виде среднего и среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$) при нормальном распределении, и в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (25-75%)) при распределении, отличающемся от нормального. Для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 Пирсона и U-тест Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Среди студентов 1 курса ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже распространенность нерационального питания (75,0% и 82,9% соотв., $p < 0,05$), ниже средний уровень систолического артериального давления ($115,0$ ($110,0-120,0$) и $120,0$ ($110,0-120,0$) мм рт. ст. соотв., $p < 0,05$), достоверно выше распространенность низкой физической активности (55,6% и 21,0% соотв., $p < 0,05$), избыточного употребления соли (64,6% и 34,5% соотв., $p < 0,05$), больше среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (6,5 (5,0-12,0) и 5,0 (3,0-8,0) шт. соотв., $p < 0,05$), среднее количество этанола, употребляемого в сутки (5,5 (3,5-11,4) и 3,5 (0,0-9,6) мл соотв., $p < 0,05$). Среди студентов старших курсов ЮУГМУ в сравнении с учащимися старших курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже среднее количество сигарет, выкуриваемых в сутки (5,0 (4,0-10,0) и 10,0 (6,0-11,8) соотв., $p < 0,05$), уровень никотиновой зависимости (0,0 (0,0-2,0) и 2,0 (1,0-4,0) балла соотв., $p < 0,05$), среднее количество пива, употребляемого на прием (500,0 (500,0-1000,0) и 1000,0 (450,0-1125,0) мл соотв., $p < 0,05$), крепленого вина (200,0 (125,0-425,0) и 400,0 (175,0-1000,0) мл соотв., $p < 0,05$), ниже распространенность нерационального питания (86,4% и

99,1% соотв., $p < 0,05$), избыточного употребления соли (30,2% и 60,2% соотв., $p < 0,05$).

Выводы: 1. Среди первокурсников ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов медицинского колледжа достоверно выше распространенность низкой физической активности, избыточного употребления соли, больше среднее количество выкуриваемых в сутки сигарет, среднее количество этанола, употребляемого в сутки, и ниже частота встречаемости нерационального питания. 2. Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении со студентами старших курсов медицинского колледжа достоверно ниже распространенность курения, нерационального питания, меньше количество спиртных напитков, употребляемых на прием, а также количество сигарет, выкуриваемых в сутки.

Гендерные особенности клинического течения и гемодинамики у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Курупанова А.С., Ларева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Краевая клиническая больница, Чита

Несмотря на развитие современных методов лечения ИБС, острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ) остается одной из основных причин смерти в группе сердечно-сосудистых заболеваний. Характеристики пациентов, госпитализируемых с ОКСПСТ, позволяют определять группу риска летального исхода в стационаре и дальнейший прогноз; в том числе с этой целью широко используются гемодинамические показатели, однако несмотря на их активное изучение, половые различия остаются не до конца раскрытыми.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения заболевания и гемодинамических характеристик при ОКСПСТ в зависимости от пола.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы г. Читы. В исследование включены 75 мужчин и 75 женщин с диагнозом ОКСПСТ при поступлении. Средний возраст мужчин составил 58 [49; 63] лет, женщин 62 [57; 67] года. Пациентам выполнены ЭхоКГ, коронароангиография (КАГ) с последующим проведением чрескожного коронарного вмешательства при наличии показаний. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием критерия Манна-Уитни, критерия хи-квадрат.

Результаты. По локализации варианты острого инфаркта миокарда (ОИМ) распределились следующим образом: передний ОИМ диагностирован у 36 (48%) мужчин и 33 (44%) женщин, нижний у 39 (52%) мужчин и 42 (56%) женщин. Наиболее частым осложнением являлся кардиогенный шок, который был выявлен у 5 (6,7%) мужчин и 7 (9,3%) женщин. Отмечалась тенденция к более частому развитию отека легких у женщин ($n=5,6,7\%$), по сравнению с мужчинами ($n=1,1,3\%$), не достигшая статистической значимости ($p=0,574$). Транзиторная АВ блокада III степени, встречалась у 6,7% мужчин и у 1,3% женщин; желудочковая тахикардия была диагностирована у 1 (1,3%) пациентки, фибрилляция желудочков у 1 (1,3%) пациента и 3 (4%) пациенток. Острое нарушение мозгового кровообращения было выявлено у 1 женщины (1,3%). Рецидив ИМ имел 1 пациент (1,3%), среди женщин данное осложнение не выявлялось. У 1 (1,3%) пациента мужского пола произошел тромбоз стента. Отсутствие статистически значимых различий, вероятно, обусловлено невысокой частотой вышеуказанных осложнений. КАГ проводилась у 100% мужчин

и 90,7% женщин, по данным исследования у мужчин зарегистрирована тенденция к более частому наличию однососудистого поражения ($n=44,58,7\%$) по сравнению с женщинами ($n=35,51,5\%$), $p=0,191$. 2-сосудистое поражение коронарных артерий выявлено у 19 мужчин (25,3%) и 18 женщин (26,5%), 3-сосудистое поражение несколько чаще встречалось у женщин ($n=12,17,6\%$), чем у мужчин ($n=6,8\%$), поражение 4 сосудов встречалось с одинаковой частотой – у 2 женщин (2,9%) и 2 мужчин (2,7%), $p > 0,05$. Гемодинамически значимые стенозы отсутствовали у 3 мужчин (4%) и 1 женщины (1,5%). По частоте поражений на первом месте у женщин передняя нисходящая артерия (ПНА) – 30 (44,8%), у мужчин правая коронарная артерия – 33 (45,8%). У мужчин поражение ПНА выявлено в 32 случаях (44,4%), у женщин поражение ПКА – в 28 случаях (41,8%). У женщин огибающая артерия (ОА) являлась инфаркт-зависимой в 8 случаях (11,9%), у мужчин в два раза реже – 4 (5,6%). Поражение диагональной артерии (ДА) диагностировано у 3 мужчин (5,6%) и не встречалось у женщин, а стеноз ветви тупого края (ВТК) встречался у 1 женщины (1,5%) и не был выявлен у мужчин. Всем пациентам проводилось ЭхоКГ исследование. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) у мужчин составил 50 [47; 53] мм, что статистически значимо отличалось от данного показателя у женщин – 47 [45; 50] мм, $p < 0,05$. Фракция выброса по Тейхольцу в двух группах была сопоставима: 54% [43; 62] у мужчин и 55% [46; 61] у женщин. Толщина межжелудочковой перегородки была 12 [10; 13] мм как у мужчин, так и у женщин; толщина задней стенки ЛЖ – 11 [10; 12] мм. Участки гипокинезии выявлялись у 68 мужчин (90,7%) и 71 женщины (94,7%), при этом 1 зона наблюдалась у 17 мужчин (25%) и 22 женщин (30,9%), а две и более – у 51 (75%) и 49 (69%) соответственно.

Выводы. Существенных различий в клиническом течении ОКСПСТ между мужчинами и женщинами не выявлено; общее количество осложнений было небольшим. Изучение коронарной анатомии свидетельствует о наличии преимущественно однососудистого поражения, как у мужчин, так и у женщин, с некоторыми гендерными различиями в локализации стенозов. У мужчин чаще формируются нарушения внутрисердечной гемодинамики со склонностью к дилатации полости левого желудочка.

Оценка резистентности к эритропоэз-стимулирующим препаратам у диализных пациентов

Лапина Е.С., Батюшин М.М., Терентьев В.П., Гасанов М.З.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Введение. Анемия является одним из наиболее распространенных осложнений хронической болезни почек (ХБП), наблюдается у каждого второго пациента. Патогенетические механизмы анемии при ХБП многочисленны, при этом ведущая роль принадлежит дефициту эритропоэтина. В соответствии с этим, терапия анемического синдрома при ХБП основывается на применении препаратов рекомбинантного эритропоэтина. Однако адекватный ответ на проводимое лечение удается получить только у 80-90% пациентов, у остальных 10-20% отмечается замедленная или отсутствующая реакция даже при применении высоких доз препаратов. Существует несколько подходов к оценке резистентности к эритропоэз-стимулирующим препаратам, в том числе расчет индекса резистентности к эритропоэтину (ИРЭ).

Целью работы было исследование ИРЭ с учетом изменений гомеостаза, обусловленных течением ХБП.

Материалы и методы. Выполнено обследование 100 пациентов с ХБП 5Д стадии, получавших лечение программным гемодиализом в амбулаторном режиме. Средний возраст больных составил 53,4±15,8 года. У всех пациентов детально собраны клинико-анамнестические данные, выполнено объективное и лабораторное обследование, включавшее общий и биохимические анализы крови, осуществлен расчет ИРЭ по формуле: отношению еженедельной дозы эпоксина в МЕ на кг массы тела к концентрации гемоглобина в г/дл. Статистический анализ выполнен с помощью программ Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corp., США) и Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США). Различия принимали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Полученные результаты и выводы. Было установлено, что ИРЭ в среднем составил 6,9±4,5 МЕ/кг/нед/г, при этом соответствовал нормальным значениям у 76% больных (5,0±2,9 МЕ/кг/нед/г), критерию резистентности – у 24% пациентов (13,1±2,8 МЕ/кг/нед/г). ИРЭ не различался в группах пациентов в зависимости от основного заболевания, явившегося причиной развития ХБП. Были выявлены статистически значимые гендерные различия ($p = 0,019$): у мужчин ИРЭ составил 5,9±4,0 МЕ/кг/нед/г, у женщин – 8,0±4,8 МЕ/кг/нед/г, что обусловлено особенностями влияния половых гормонов на эритропоэз. ИРЭ различался также у пациентов с нормальным и сниженным уровнем сывороточного альбумина и составил 6,6 [3,1; 9,3] МЕ/кг/нед/г и 9,1±2,5 МЕ/кг/нед/г соответственно ($p = 0,03$), что говорит о негативном влиянии синдрома мальнутриции на чувствительность к эритропоэз-стимулирующей терапии. Отмечено, что по мере нарастания уровня воспалительных маркеров (ферритин, С-реактивный белок) увеличивался ИРЭ, что, вероятно, обусловлено худшим ответом на проводимое лечение и необходимостью наращивания дозы лекарственных средств на фоне хронического воспаления. Исключение составили трансферрин, являющийся негативным белком острой фазы, и фибриноген: по мере изменения данных маркеров наблюдалась обратная тенденция.

Таким образом, оценка резистентности к эритропоэз-стимулирующей терапии посредством ИРЭ у диализных пациентов должна осуществляться с учетом гендерных различий, проявлений синдрома недостаточности питания и хронического воспаления.

Прогнозирование развития артериальной гипертензии и эндотелиальной дисфункции у женщин в постменопаузе

Ларёва Н.В., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Известно, что наступление менопаузы четко ассоциируется с увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний. После наступления менопаузы быстро развивается целый комплекс метаболических изменений, которые на сегодняшний день принято объединять в понятие менопаузального метаболического синдрома: формируется артериальная гипертензия, нарушения липидного и углеводного метаболизма, дисфункция эндотелия. Безусловно, все эти нарушения являются мощными факторами риска атеросклероза и ИБС, однако интимные механизмы влияния указанных изменений на состояние сердечно-сосудистой системы у женщин в постменопаузе практически не изучены.

Цель исследования: на основе изучения комплекса метаболических, кардиогемодинамических, психопатологических и электрофизиологических изменений установить патогенетические механизмы развития и разработать способы прогнозирования артериальной гипертензии (АГ) и эндотелиальной дисфункции (ЭД) у женщин в постменопаузе.

Материал и методы исследования. В одномоментное поперечное исследование включены 203 женщины, находившихся в состоянии естественной (61 человек, средний возраст 51,5±3,3 лет) или хирургической (142 человека, средний возраст 44,7±2,9 лет) постменопаузы и имевших клинические и лабораторные признаки эстрогенового дефицита. Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование, оценка жирнокислотного состава липидов плазмы крови и эритроцитарных мембран, исследование содержания продуктов перекисного окисления липидов и параметров антиоксидантной защиты. Кроме того, проводили суточное мониторирование АД, эхокардиографическое исследование, исследование variability сердечного ритма, а также УЗДГ плечевой артерии в покое и в условиях пробы с реактивной гиперемией. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft) с применением методов непараметрической статистики. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Синдром АГ развивается не у всех женщин в постменопаузе; в нашем исследовании – в 44,1% случаев. Для оценки степени влияния изученных параметров на формирование АГ был проведен пошаговый многофакторный регрессионный анализ. В математическую модель было включено более 120 факторов, которые при проведении корреляционного анализа демонстрировали статистически значимые коэффициенты корреляции с параметрами суточного профиля АД. Установлено, что наибольший вклад в прогнозирование АГ вносят: некоторые показатели ВРС (pNN50%, VLF%, rMSSD); изменения в жирнокислотном статусе (уровень эйкозопентаеновой кислоты в эритроцитарных мембранах, линолевой кислоты в липидах сыворотки крови, коэффициент насыщенности липидов сыворотки, суммарное количество ненасыщенных кислот в мембранах эритроцитов, соотношение количества ПНЖК и МНЖК в липидах сыворотки крови); некоторые параметры системы «ПОЛ-антиоксиданты»: концентрация начальных продуктов ПОЛ в сыворотке крови и показатель перекисной резистентности эритроцитов. Суммарный вклад указанных факторов в прогнозирование развития АГ у женщин в постменопаузе составляет 73,6%. Нарушение функции эндотелия отмечается у 70% женщин в постменопаузе. Для определения независимых факторов прогноза развития ЭД был проведен многофакторный пошаговый регрессионный анализ с включением 104 параметров, демонстрировавших при проведении корреляционного анализа статистически значимые взаимосвязи с параметрами эндотелийзависимой вазодилатации. Установлено, что предикторами развития ЭД у женщин в постменопаузе являются: накопление продуктов липопероксидации, наличие диастолической дисфункции ЛЖ, тип менопаузы, некоторые кардиогемодинамические показатели (КСО ЛЖ, ИММЛЖ), увеличение индекса массы тела, некоторые параметры СМАД (преимущественно variability АД), увеличение концентрации ряда насыщенных и мононенасыщенных жирных кислот, снижение уровня полиненасыщенных жирных кислот в липидах эритроцитарных мембран, изменение параметров ВРС (относительный вклад низкочастотного компонента в структуру спектра, мощность в диапазоне низких частот), а также уровень личностной тревожности.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного комплексного исследования разработаны подходы к прогнозированию развития ряда сердечно-сосудистых нарушений у женщин в постменопаузе, что обосновывает необходимость углубленного обследования всех женщин в постменопаузе, независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов, с целью коррекции профилактических и лечебных программ.

Взаимосвязь маркера эндотелиальной дисфункции Endocan с компонентами метаболического синдрома

Ларюшина Е.М., Парахина В.Ф., Тургунова Л.Г., Нильдибаева Ф.У., Алина А.Р.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

По данным литературы биомаркер Endocan отражает дисфункцию эндотелия у пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, что является достаточно хорошо изученным. Исследовательский интерес представляет участие данного маркера в развитии метаболических состояний – предиабета, метаболического синдрома и собственно сахарного диабета 2 типа.

Цель. Изучить уровень маркера эндотелиальной дисфункции Endocan и оценить его взаимосвязь с компонентами метаболического синдрома (МС). Методы исследования. Проведено одномоментное поперечное кросс-секционное исследование, включающее 389 человек в возрасте от 18 до 65 лет. Женщин было 253 (65,0%), мужчин – 136 (34,9%). Среди обследованных лиц выделено 2 группы с различным уровнем биомаркера Endocan. 1-ую группу составили лица, значения уровня биомаркера Endocan которых соответствовали контрольной группе относительно здоровых лиц (554,3-858,4 пг/мл), 2-ую группу составили лица, у которых уровень Endocan превышал значения контрольной группы. Уровень биомаркера Endocan определялся с помощью мультиплексного исследования сыворотки крови иммунофлуоресцентным методом с использованием технологии XMap, с использованием прибора Bioplex 3D и набором реактивов MILLIPLEx® Human cardiovascular disease panel I (Millipore). Компонентами метаболического синдрома выбраны: окружность талии (ОТ), индекс массы тела по Кетле (ИМТ), уровень систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), уровень глюкозы и общий холестерин капиллярной крови натощак. При статистической обработке использовались методы описательной статистики, различия в группах определялись с помощью χ^2 . Для определения взаимосвязи биомаркера Endocan с компонентами МС проводился корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена, таблиц сопряженности, достоверные значения считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При изучении уровня биомаркера Endocan в двух группах выявило, что среднее значение уровня Endocan (mean \pm SD) в 1-ой группе составило 682,62 \pm 218,04 пг/мл, во 2-ой группе – 1520,53 \pm 534,47 пг/мл. Уровень биомаркера Endocan во 2-ой группе превышал значения 1-й группы в 2,2 раза. При анализе компонентов МС получены следующие данные. В 1-ой группе медианные значения (Me) составили: ОТ – 90,00 см, ИМТ – 26,7 кг/м², САД – 130 мм рт.ст., ДАД – 80 мм рт.ст., глюкоза – 5,5 ммоль/л, холестерин – 5,27 ммоль/л. Во 2-ой группе те же компоненты МС составили: ОТ – 103,00 см, ИМТ – 34,0 кг/м², САД – 140 мм рт.ст., ДАД 90 мм рт.ст., глюкоза 5,8 ммоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л. При изучении корреляционных связей установлены положительные средние и слабые связи, свидетельствующие о том, что с увеличением концентрации биомаркера эндотелиальной дисфункции Endocan, повышаются значения ОТ ($r=0,397$; $p=0,000$), ИМТ ($r=0,448$; $p=0,000$), САД ($r=0,226$; $p=0,000$), ДАД ($r=0,200$; $p=0,000$), глюкозы капиллярной крови ($r=0,240$; $p=0,000$). Взаимосвязь отсутствует между уровнем биомаркера Endocan и уровнем холестерина ($r=0,064$; $p=0,21$). При вычислении таблицы сопряженности для уровня маркера Endocan и ожирения, найдено отношение рисков для ожирения OR=5,556 [95% ДИ: 3,424-9,015]; $p=0,000$. Шанс повышения маркера дисфункции эндотелия Endocan повышается в 5,5 раза у пациентов

с ожирением. Таким образом, ожирение влияет на увеличение уровня маркера Endocan и является фактором риска для его повышения.

Выводы. В группе с повышенным уровнем биомаркера дисфункции эндотелия Endocan установлено достоверное повышение значений таких компонентов метаболического синдрома, как окружность талии, индекс массы тела, уровень систолического и диастолического давления, уровень глюкозы капиллярной крови. Установлено, что ожирение является фактором, влияющим на повышение биомаркера Endocan. Выявленные взаимосвязи между уровнем Endocan и компонентами метаболического синдрома подчеркивают важность нарушения функции эндотелия уже на стадии ожирения, предиабета, повышая риск развития сердечно-сосудистых событий и сахарного диабета 2 типа.

Цирроз печени и беременность: опыт ведения

Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Лозинская И.А., Буйненко А.В., Сейсенбекова А.К.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

Цель: оценить течение беременности и ее исходы для матери и плода у женщин с циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Дизайн исследования – ретроспективный анализ историй болезней беременных женщин с ЦП, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом и родильном отделениях Областной клинической больницы г. Караганды в период 2012-2017 гг. Всего за анализируемый период было 8 пациенток в возрасте 19-36 лет, из них первородящих – 2, повторнородящих – 6, наблюдаемых беременностей – 9 (у 1 пациентки дважды отмечено наступление беременности на фоне ЦП). С целью верификации ЦП, изучения этиологии, акушерского статуса использованы стандартные методы обследования. Степень тяжести ЦП определялась по индексу Child-Turcotte-Pugh (СТР).

Результаты. Диагноз ЦП у 5 из 8 пациенток был верифицирован впервые в период наблюдаемой беременности в сроках 7-29 недель. Среди обследованных преобладало компенсированное и субкомпенсированное течение заболевания - класс тяжести А по СТР – в 5, В – в 4 случаях течения беременности. Вирусная этиология ЦП выявлена у 4-х беременных в исходе HCV, HBV, HDV-инфекции, неуточненного генеза – у 4-х. В анамнезе у 1 пациентки дебют заболевания был с кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, у 1 – HCV-инфекция была ассоциирована с развитием хронического гломерулонефрита. Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 3-х женщин. ЦП неясной этиологии в сочетании с врожденным ихтиозом у 1 пациентки, возможно, был обусловлен висцеральным проявлением синдрома Дорфмана-Чанарина. Синдром портальной гипертензии характеризовался развитием асцита – в 3-х случаях; пищеводной флебэктазии – в 5 (I степени – 2, II степени – 2, III-IV степени – 1); спленомегалии с проявлениями гиперспленизма – в 5. При анализе лабораторных данных анемический синдром легкой степени был у 5, средней – у 1 пациентки, тромбоцитопения (77-122x10⁹/л) у 4. Синдром цитолиза легкой степени, холестаза отмечен у 6. Лабораторные индикаторы гепатодепрессии свидетельствовали о компенсированной функции печени. У 1 пациентки на момент установления диагноза ЦП диагностирована замершая беременность в сроке 7 недель, у 2-х произведено медикаментозное прерывание беременности в сроке до 12 недель и в 1 случае был самопроизвольный выкидыш в сроке 14 недель у женщины с декомпенсацией портальной гипертензии, наличием асцита. В остальных 5 случаях беременность была пролонгирована. На протяжении

всей беременности осуществлялся мониторинг состояния беременной, плода, включая мобильное приложение «Моя беременность» (ДамуМед). Беременные получали лактулозу до достижения ежедневного мягкого стула, при наличии цитолиза, холестаза – урсодезоксихолевую кислоту 500-750 мг/сут с позитивным эффектом. В 1-м случае в сроке 36 недель наблюдалось прогрессирование портальной гипертензии с развитием асцита. Родоразрешение у всех пациенток осуществлялось естественным путем в сроках 36-37 недель с рождением жизнеспособных детей (8-10 баллов по шкале Апгар).

Выводы. В клинической картине у беременных женщин с ЦП преобладали проявления синдрома портальной гипертензии при относительно компенсированной гепатоцеллюлярной недостаточности. Определяющими критериями течения беременности и ее исходов была степень пищеводной флебэктазии. У женщин с ЦП с декомпенсированной портальной гипертензией с развитием асцита на ранних сроках исход беременности был неблагоприятным. Компенсация портальной гипертензии, невыраженная степень пищеводной флебэктазии определяют благоприятный исход течения беременности для матери и плода, однако риск прогрессирования ЦП, неблагоприятного прогноза остается достаточно высоким, что требует тщательного мониторинга за состоянием здоровья женщины и плода. В случае наступления беременности у женщин с ЦП первоочередной задачей является определение степени тяжести ЦП на ранних сроках беременности для решения вопроса о дальнейшей тактике её ведения, в случае пролонгации – проведение во втором триместре эндоскопического обследования с целью уточнения степени варикозно расширенных вен пищевода, в третьем триместре – выбор способа родоразрешения.

Анализ клинических случаев демонстрирует важность своевременной оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста с целью ранней верификации хронических заболеваний, диспансерного наблюдения, контрацепции, решение вопроса о планировании беременности мультидисциплинарным консилиумом, безусловно, повышение ответственности женщины за свое здоровье.

Влияние электрофизиологических методов лечения на некоторые функциональные показатели левого желудочка при хронической сердечной недостаточности

Лещанкина Н.Ю., Столярова В.В., Еремеева Е.Н.

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

Целью работы явилось изучение влияния установки постоянных однокамерных электрокардиостимуляторов (ЭКС) режима VVI и проведения ресинхронизирующей терапии (СРТ) на некоторые функциональные показатели работы левого желудочка (ЛЖ) при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения нарушения ритма и проводимости в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4» г. Саранска. Наблюдались 68 пациентов с ХСН II-IV ФК после имплантации ЭКС режима VVI (1 группа, 40 больных) и СРТ (2 группа, 28 пациентов). Оценивали динамику некоторых показателей работы ЛЖ до и после 1 месяца и 6 месяцев после установки ЭКС и проведения СРТ.

Результаты. Нормальные значения фракции выброса (ФВ) – $58,0 \pm 2,8\%$ (по Simpson) отмечены только в 1 группе больных с ХСН II ФК (NYHA). У больных с ХСН III ФК в 1 группе, ХСН III-IVФК во 2 группе наблюдалось

прогрессирующее снижение ФВ от $43,5 \pm 2,1\%$ до $28,6 \pm 2,4\%$ соответственно. Изучение индексов ремоделирования ЛЖ: ФВ/миокардиальный стресс (МС) и МС/конечный систолический объем ЛЖ (КСОИ), показало их достоверное снижение у всех больных, особенно во 2 группе при ХСН IV ФК ($0,137 \pm 0,012$ и $2,60 \pm 0,1$ соответственно). Постановка ЭКС и проведение СРТ по-разному отразились на сократимости миокарда ЛЖ. По данным ЭхоКГ в 1 группе не произошло их достоверного изменения: ФВ ЛЖ через месяц после установки VVI с ХСН II ФК составила $59,7 \pm 3,2\%$, с ХСН III ФК – $46,6 \pm 2,9\%$. Во 2 группе пациентов после установки СРТ ФВ возросла уже в течение первого месяца и составила в среднем $41,6 \pm 2,1\%$. Через 6 месяцев у пациентов 1 группы нами не отмечено достоверного увеличения ФВ ЛЖ, тогда как во 2 группе через полгода она возросла еще в среднем на $8,2\%$. Наблюдалось увеличение индексов ремоделирования ЛЖ (ФВ/МС, МС/КСОИ) на фоне СРТ, которые тесно коррелируют с ФК и клиническими проявлениями ХСН. **Выводы.** Таким образом, электрофизиологические методы лечения по-разному влияют на функциональные показатели ЛЖ при ХСН. Установка ЭКС в режиме VVI значительно не изменила исследуемые параметры в течение первых 6 месяцев после операции несмотря на улучшение клинического состояния пациентов. СРТ у больных с ХСН III-IV ФК, напротив, привела к улучшению сократимости миокарда ЛЖ, в том числе улучшила показатели ремоделирования ЛЖ. Данное обстоятельство должно учитываться не только при определении показаний для проведения СРТ у декомпенсированных пациентов, но и при постановке ЭКС пациентам с нарушением проводимости импульса для того, чтоб не ухудшить функциональные параметры работы ЛЖ у больных с умеренными проявлениями ХСН.

Особенности морфометрических показателей левого желудочка при хронической сердечной недостаточности в сочетании с метаболическим синдромом

Лисицина Ю.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у больных ожирением служит ведущей причиной смерти. Имеются сведения о прямой зависимости между индексом массы тела (ИМТ) и ХСН. Метаболический синдром (МС) ассоциируется с субклиническим поражением жизненно-важных органов. Одну из решающих ролей в развитии и прогрессировании ХСН у больных абдоминальным ожирением в настоящее время отводят медиаторам, продуцируемым висцеральными адипоцитами.

Цель – сравнить показатели состояния левого желудочка у больных ХСН в присутствии критериев МС и без них.

Задача – оценить наличие признаков МС у больных ХСН, определить показатели состояния левого желудочка (ЛЖ) по эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов, страдающих ХСН с МС.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов (30 мужчин и 30 женщин), находящихся на стационарном лечении с диагнозом «ХСН», ишемического генеза, II (А, Б) стадии по классификации Стражеско-Василенко, II-III функционального класса (NYHA), средний возраст которых составил $63 \pm 6,59$ года. Исследуемые были разделены на две одинаковые по количеству и гендерному составу группы с учётом соответствия критериям метаболического синдрома (согласно рекомендациям экспертов РКО по диагностике и лечению МС от 2013г.). Пациенты, имеющие сахарный диабет, в исследование не включались. Пациентам была проведена ЭхоКГ на аппарате MyLabSeven.

Результаты. В группе пациентов с МС выявлены следующие показатели: ИМТ $33,59 \pm 6,7$ кг/м², толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) составила $10,61 \pm 1,95$ мм, задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) – $10,39 \pm 1,61$ мм, конечный диастолический размер ЛЖ (КДР) – $57,8 \pm 1,6$ мм, конечный систолический размер ЛЖ (КСР) – $37,5 \pm 1,7$, индекс массы миокарда (ИММЛЖ) – $123,57 \pm 35,01$ г/м² у женщин, $128,69 \pm 29,9$ г/м² у мужчин. Группа пациентов без признаков МС средние показатели были меньше: толщина МЖП – $9,5 \pm 1,38$ мм, ЗСЛЖ – $9,67 \pm 0,52$ мм, КДР – $51,93 \pm 2,0$ мм, КСР – $33,3 \pm 2,1$ мм, ИММЛЖ – $105,57 \pm 21,01$ г/м² у женщин, $106,67 \pm 22,85$ г/м² у мужчин. Выводы. У обследованных пациентов с ХСН в сочетании с МС выявлены более выраженные изменения в морфологических показателях левого желудочка в сравнении с состоянием стенки ЛЖ в группе без МС, что связано с физическими (перегрузка давлением, объёмом) и биохимическими факторами (инсулинорезистентность, влияние адипокинов). Выявление гипертрофии ЛЖ имеет важное клиническое значение, поскольку её наличие оказывает существенное влияние на прогноз заболевания.

Оценка эффективности антибиотикотерапии у больных с внебольничной пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких

Литвин Т.Г.

Городская клиническая больница им. В.М. Буянова, Москва

Актуальность. Внебольничные пневмонии (ВП) относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Согласно данным официальной статистики (Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека), заболеваемость ВП в 2016 г. составила 418,02 на 100 тыс. населения с ростом этого показателя по сравнению с 2015 г. на 24%. В структуре смертности от болезней органов дыхания в РФ в 2015 г. на долю пневмоний приходилось 49,9%; смертность в 2016 г. составила 21 на 100 тыс. населения. ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) – частое коморбидное состояние у пациентов с ВП с частотой встречаемости по различным данным от 15 до 42%. По прогнозам ВОЗ к 2020 г. ХОБЛ станет 3 ведущей причиной смерти во всем мире. Наличие ХОБЛ – фактор риска развития тяжелой пневмонии, а дополнительным фактором риска неблагоприятного исхода ВП является неадекватная стартовая антибактериальная терапия (АБТ). Цель: показать основные схемы назначаемой АБТ больным ВП на фоне ХОБЛ и оценить их эффективность.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 734 медицинские карты стационарного больного за период с января 2017 по июль 2018 пациентов, поступивших в стационар скорой медицинской помощи с направительным диагнозом: «ВП». В исследование включено 60 пациентов с заключительным основным клиническим диагнозом «ВП на фоне ХОБЛ». Результаты. Из 60 пациентов большинство – 41 были мужчины (68,3%), 19 женщин (31,7%). Средний возраст мужчин – 69,9 лет, женщин – 70,3 лет. Все больные имели клинко-лабораторную картину пневмонии (кашель, одышка, лихорадка, лейкоцитоз), подтвержденную рентгенологически. 35 человек (58,3%) госпитализированы в отделение терапии, остальные 25 (21,7%) – в ОРИТ. Всем больным назначена АБТ. При этом 14 человек (23,3%) получали монотерапию (10 пациентов – цефалоспорины III поколения (ЦСIII), 1 – пиперацillin/тазобактам (ППЦ/Тб), 1 – ампициллин/сульбактам (АПЦ/С) 2 – цефоперазон/сульбактам (ЦП/С). Комбинацию из 2-х антибиотиков получали 40 больных (66,7%): ЦСIII + макролид (М, кларитримидин) – 10; ЦСIII + аминогликозид (АГ, амикацин) – 14; ЦСIII + фторхинолон (ФХ, ципрофлоксацин) – 2; ЦСIII + метронидазол – 2; ЦП/С + М – 4; ЦП/С + АГ – 2; ЦП/С + ФХ – 1; АПЦ/С + ко-тримоксазол-1; АПЦ/С

+АГ – 1; ФХ +АГ – 1; Комбинацию из 3-х антибиотиков получали 6 (10%) пациентов: ЦСIII + М + АГ – 2; ЦСIII + М + метронидазол – 1; ЦСIII + АГ + метронидазол – 1; АПЦ/С + М + метронидазол – 2. У 34 человек (56,6%) стартовая эмпирическая АБТ оказалась эффективна, из них 5 человек нуждались в интенсивной терапии в условиях ОРИТ, где провели с средним 1,6 к/д. Сроки пребывания в стационаре этой группы больных – 10,3 к/д. Трое больных на фоне проведения стартовой АБТ умерли в отделении ОРИТ в первые 3 суток пребывания в стационаре. 23 пациентам потребовалась смена АБТ, 20 (33,3%) – ввиду ее неэффективности, 3 – ввиду развития антибиотик – ассоциированной диареи, пятерым больным к назначенной схеме добавлен АГ, двоим – ФХ (левофлоксацин); одному – метронидазол +АГ. 3 пациента стали получать эртапенем; 2 – цефепим; 1 – меропенем; 1 – ППЦ/Т; 1 тигацил; 1-ЦП/С, остальные комбинацию АБ: 1 – эртапенем + полимиксин; 1 – имипенем/циластатин+тобрамицин; 1 – меропенем+тигациклин+полимиксин. Сроки пребывания в стационаре в группе больных, потребовавших смены АБТ в среднем составили 14,5 к/д., 12,2к/д - в условиях ОРИТ. Несмотря на смену АБТ 7 пациентов умерло. Выводы. Большинству больных 76,7% с ВП на фоне ХОБЛ назначалась комбинированная АБТ. Только в 56,6% случаев стартовая эмпирическая АБТ оказалась эффективна. Наиболее частые ошибки: неправильный выбор антибактериального препарата без учета возможности наличия резистентных микроорганизмов-возбудителей; необоснованная, нерациональная комбинация антибиотиков; несвоевременная оценка эффективности стартовой терапии. Неадекватная стартовая АБТ ведет к увеличению сроков госпитализации (в том числе в условиях ОРИТ) и повышению смертности.

Сравнительная оценка характера и частоты побочных действий антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда при моно- и комбинированной антигипертензивной терапии

Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Шалина С.В., Беренштейн П.О.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, Пенза

Цель: изучение частоты возникновения и структуры побочных действий антагонистов кальция (АК) дигидропиридинового (амлодипина) и недигидропиридинового (верапамила в ретардной форме) ряда при моно- и комбинированной антигипертензивной терапии.

Материал и методы: проанализированы данные 201 больного (109 женщин и 92 мужчин) от 37 до 68 лет (средний возраст $57,3 \pm 6,2$ года), страдающих гипертонической болезнью 1-3 стадии и артериальной гипертензией 1-2 степени. Сроки наблюдения 6-14 месяцев (в среднем $7,8 \pm 0,5$ мес.). Изучались структура и частота побочных действий при монотерапии недигидропиридиновым (верапамил) (суточные дозы от 240 до 480 мг ($372,5 \pm 21,6$ мг)) и дигидропиридиновым (амлодипином) ($5 - 40$ мг/сут ($25,7 \pm 2,8$ мг)) АК, а также на фоне их комбинаций в различных схемах (верапамил 240-360 мг/сут+амлодипин 5-10 или 20 мг/сут). Побочные действия АК разделены на известные группы: 1) эффекты, связанные с избыточной периферической вазодилатацией (гипотензия, отечность лодыжек, покраснение кожи лица и т.д.); 2) эффекты дromo-, хроно- и инотропного характера (более характерные для недигидропиридиновых АК); 3) со стороны желудочно-кишечного тракта.

Результаты: при монотерапии верапамил (ретардированная форма) из 93 больных у 18 (19,4%) диагностировали различные характерные побочные эффекты. При монотерапии амлодипином из 108 больных у 19

(17,6%) выявлены побочные действия различных групп. Характер побочных действий существенно различался, что определяется особенностями фармакологических эффектов дигидро- и недигидропиридиновых АК. Так, побочные действия из 1 группы при монотерапии амлодипином более чем в 2,5 раза чаще диагностировались, чем при монотерапии верапамилом (14,8 и 5,4% соответственно). В то же время, побочные действия 2 группы более характерны для верапамила. С учетом эффективности и безопасности лечения в дальнейшем 35 пациентов (17,4%) из общей группы остались на монотерапии, у 166 больных (85,6%) применялись различные схемы комбинированной терапии.

Анализ частоты и характера побочных действий при различных схемах комбинированной терапии, показал наличие дозозависимых связей. При использовании 1-й и 3-й схем комбинированной терапии, где доза амлодипина составляет 10 или 20 мг/сут, по сравнению со 2-й схемой лечения (амлодипин 5 мг/сут) чаще выявлялись побочные действия из 1 группы: 9,9; 8,7 и 11,9% соответственно при 1-й, 2-й и 3-й схеме. Побочные действия 2 группы в 3-4 раза чаще отмечались на фоне 2-й схемы (верапамил ретард 360 мг/сут): 9,5; 13,0 и 3,0% (соответствует 1-2-3-й схемам). Побочные действия 3 группы реже выявлялись при использовании 1-й схемы: 3,0; 4,3 и 4,8% соответственно; важно, что такие побочные эффекты в 1,5-2 раза реже встречались, чем при монотерапии верапамилом в ретардной форме (6,1%). В целом минимальная частота побочных эффектов отмечалась на фоне 1-й схемы (верапамил 240 и амлодипин 10 мг/сут), что характеризует ее как наиболее сбалансированную в отношении доз компонентов, вследствие чего данная схема применялась в большинстве случаев комбинированной терапии (60,8%).

Сравнение частоты отдельных побочных действий лекарств при моно- и комбинированной терапии показало, что наиболее часто при монотерапии наблюдаются синусовая брадикардия (18,4%), головная боль (17,0%), отечность стоп (15,8%) и гиперемия лица (14,0%). На фоне комбинированной терапии относительно часто отмечались отечность стоп (9,4%) и головная боль (8,5%), значительно реже, по сравнению с монотерапией, возникали синусовая тахикардия и брадикардия. У 2 больных при комбинированной терапии выявлена преходящая АВ блокады 2 степени 1 типа без клинической симптоматики. В большинстве случаев побочные действия носили преходящий характер и исчезали после коррекции дозы препаратов. Вывод: таким образом, опыт комбинированного применения дигидропиридиновых и недигидропиридиновых производных АК у больных АГ показал наряду с высокой гипотензивной и кардиопротективной эффективностью, хорошую переносимость комбинированной терапии. Это обусловлено, с одной стороны, использованием относительно меньших доз компонентов по сравнению с монотерапией, и, с другой стороны, взаимной нейтрализацией некоторых видов побочных действий.

Клинико-диагностические особенности и вопросы оптимизации программ физической реабилитации у больных с посткардиотомным синдромом после кардиохирургических операций на стационарном этапе реабилитации

Лохина Т.В., Иванчукова М.Г., Беренштейн Н.В., Зайцева А.В., Казанцева Л.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Пенза

Цель: анализ особенностей клинических проявлений посткардиотомного синдрома и оценка эффективности дозированных физических нагрузок

в комплексном лечении больных после операции коронарного шунтирования или клапанной коррекции в период стационарного этапа реабилитации.

Методы исследования. В группу исследования включены 92 больных (56 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 46 до 75 лет (средний возраст $61 \pm 5,7$ лет) с посткардиотомным синдромом, развившимся после коронарного шунтирования или оперативной клапанной коррекции (протезирование и/или пластика клапанов) в послеоперационном периоде (на 7-21 сутки после операции). Исследование проводилось в условиях стационара на базе отделения, специализирующегося на реабилитации больных после кардиохирургических операций. В обследовании применялись стандартные клинические, лабораторные исследования, ультразвуковое исследование сердца и плевральных полостей, тредмил-тест и тест 6-минутной шаговой ходьбы, шкала Borg-RPE. Для оценки эффективности дозированных физических нагрузок в комплексном лечении больных с посткардиотомным синдромом пациенты с изолированным плевральным выпотом разделены 2 группы (20 и 30 больных), в зависимости от функционального класса (ФК), затем в каждой группе были определены соответствующие программы физической реабилитации.

Результаты. Наличие посткардиотомного синдрома во всех случаях подтверждено данными ультразвукового исследования. Причем, на момент включения больных в группу исследования, в 23 случаях (25,2%) обнаружено сочетание выпота в перикардиальной и плевральных полостях. У 50 больных (54,3%) отмечен этот синдром в виде изолированного выпота в плевральные полости, а в остальных случаях был диагностирован выпот в полость перикарда (19 больных; 20,7%). Повышение температуры тела выявлено только у 12 больных (13,0%), причем только в 3 случаях были эпизоды фебрильной температуры, тогда как в остальных отмечалось субфебрильное повышение. Аускультативная симптоматика: шум трения перикарда выявлен у 18 пациентов (19,7%), шум трения плевры в 30 случаях (32,6%). Кроме того, одышка беспокоила 22 (23,9%) больных, жалобы на плевральные боли отмечались лишь у 11 (11,9%), в 20 (21,7%) случаях пациенты предъявляли жалобы на неопределенный дискомфорт в правой или левой половине грудной клетки; у 16 (17,4%) больных появлялся дополнительный дискомфорт в области сердца или кардиалгия неспецифического характера. Характерно, что в большинстве случаев жалобы на болевые ощущения больные сами активно не предъявляли, и лишь целенаправленные вопросы позволили выявить те или иные проявления. Исходный уровень функционального состояния пациентов с изолированным плевральным выпотом определил дифференцирование программ физической реабилитации, согласно Российским клиническим рекомендациям 2016 г. «Коронарное шунтирование больных ИБС: реабилитация и вторичная профилактика». Пациентам первой группы назначалась 3-я ступень, а второй группы 4-я ступень двигательной активности (комплексы ЛФК №4 и №5 соответственно), тренировочная ходьба с учётом толерантности пациента к физическим нагрузкам в комплексе с медикаментозной стандартной терапией. В обеих группах отмечена тенденция к повышению толерантности к физической нагрузке. Кроме того выявлено исчезновение/уменьшение проявлений посткардиотомного синдрома (достоверное снижение объема плеврального выпота по данным ультразвукового исследования), увеличение пороговой нагрузки с 25 до 75Вт в 1-й группе и с 50 до 100Вт во 2-й группе соответственно, а также повышение показателей пройденного расстояния по тесту 6 минутной ходьбы (в среднем на 20-23%).

Выводы. Сложность диагностики посткардиотомного синдрома (превалирование неспецифических проявлений, бессимптомных, стертых клинических форм) на стационарном этапе реабилитации больных после кардиохирургических операций обуславливает необходимость использования динамического ультразвукового исследования

плевральных полостей и перикарда для всех больных на стационарном реабилитационном этапе. Кроме того, дифференцированное назначение программы физической реабилитации (схемы физических тренировок, ЛФК и др.) с учетом исходного функционального состояния и динамической его оценки определяет, наряду с медикаментозной терапией, как улучшение качества жизни больного и повышение эффективности лечения посткардиотомного синдрома, так и улучшение реабилитационного потенциала пациента.

Риск развития симптомов поражения мышц, связанных с приемом статинов, у пациентов с компенсированным гипотиреозом

Луговая Л.А., Стронгин Л.Г.

*Перволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегород*

Гипотиреоз – часто встречаемая патология, приводящая к увеличению сердечно-сосудистого риска, что нередко требует назначения статинов данной группе пациентов. Однако статины не лишены побочных эффектов. Частота симптомов поражения мышц, связанных с приемом статинов (СПМ-СПС) достигает 11-29%. Неоднозначные данные ряда исследований о повышении риска СПМ-СПС при наличии гипотиреоза в 1,6-1,7 раз актуализируют дальнейшее изучение риска СПМ-СПС у пациентов с гипотиреозом.

Цель. Оценить вероятность развития мышечного поражения у пациентов с компенсированным гипотиреозом на фоне лечения статинов.

Задачи. Сравнить клиническую картину поражения мышц, а также лабораторные показатели мышечного метаболизма у больных в зависимости от наличия гипотиреоза и статинотерапии; рассчитать степень риска развития СПМ-СПС у пациентов при наличии гипотиреоза. Материалы и методы. В ходе поперечного исследования обследовано 120 пациентов, составивших 3 группы (1 группа – пациенты с гипотиреозом, принимающие статины, 2 – пациенты без гипотиреоза на статинотерапии, 3 – пациенты с гипотиреозом, не принимающие статины). Всем пациентам кроме осмотра проводилось исследование тиреоидного статуса, определение уровней маркеров мышечного поражения креатинфосфокиназы (КФК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и миоглобина крови, а также генотипирование по гену *SLCO1B1*5*(с.521Т>С).

Результаты. Исследуемые группы не различались по возрасту и индексу массы тела ($p>0,05$). Пациенты групп 1 и 3 были медикаментозно компенсированы, не различались по уровню тиреотропного гормона (ТТГ) ($p>0,05$). Группы 1 и 2 были идентичны по структуре статинотерапии, дозам статинов и длительности их приема ($p>0,05$). Структура сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) 1 и 2 групп также не различалась ($p>0,05$). В группе 3 пациенты достоверно реже имели в анамнезе ССЗ, что было закономерно в связи с тем, что они не принимали статины. При сравнении жалоб было отмечено, что пациенты в группе 1 значимо чаще имели мышечную боль, чем пациенты в группах сравнения (67,5%, 27,5% и 32,5% пациенток 1, 2 и 3 групп, соответственно; $p<0,01$). Анализ лабораторных данных показал, что уровень КФК был выше именно у пациентов, принимающих статины на фоне гипотиреоза ($167\pm 108,8$, $121\pm 68,3$ и $114\pm 51,6$; $p=0,12$). Только в группе 1 боль имела прямую связь с длительностью статинотерапии ($R=0,035$, $p=0,026$), уровнем КФК ($R=0,45$, $p=0,004$), ЛДГ ($R=0,44$, $p=0,005$), что указывает на повреждение миоцитов. При проведении генотипирования структура генотипов ТТ, ТС и СС гена *SLCO1B1* не имела различий. Однако только в группе 1 носительство С-аллеля, повышающего вероятность развития СПМ-СПС,

имело прямую связь с наличием боли ($R=0,35$, $p=0,028$) и уровнем КФК ($R=0,33$, $p=0,035$), что указывает на вклад статинов в генез боли у пациентов с гипотиреозом. У пациентов с гипотиреозом была отмечена связь уровня ТТГ с болью ($R=0,25$, $p=0,03$) и уровнем КФК ($R=0,25$, $p=0,028$). Однако при проведении ROC-анализа для определения точки отсечения значений ТТГ, при которых повышается вероятность возникновения болей, ассоциированных с подъемом КФК, в 1 группе пороговое значение не определялось ($p=0,35$). Тогда как при построении ROC-кривых в 3 группе была определена точка отсечения ТТГ равная 2,86 мЕд/л (специфичность 100%, чувствительность 65,7%, AUC 0,777, $p<0,001$). При внутригрупповом сравнении пациентов в зависимости от значений ТТГ было определено, что у пациентов группы «гипотиреоз+статины» не различались частота жалоб на мышечную боль и значения мышечных ферментов ($p>0,05$). При сравнении пациентов с гипотиреозом, не принимающих статины, обратило внимание, что у пациентов со значениями ТТГ $< 2,86$ мЕд/л реже определялись жалобы на боль, чем у пациентов с ТТГ $> 2,86$ мЕд/л (17 и 53%; $p=0,02$), отмечались меньшие значения ЛДГ (336 ± 52 и 373 ± 61 мЕд/л; $p=0,03$) и миоглобина крови (47 ± 29 и 66 ± 33 мЕд/л; $p=0,03$). Кроме того, при уровне ТТГ менее 2,86 мЕд/л у пациентов, принимающих статины, чаще отмечались жалобы на мышечную боль и более высокие значения КФК и миоглобина крови, чем у пациентов без статинотерапии, что указывает на непосредственное влияние статинов. По совокупности ряда клинико-лабораторных параметров поражения мышц было установлено, что компенсированный гипотиреоз увеличивает риск СПМ-СПС в 2,7 раз. Выводы: назначение статинов пациентам с компенсированным гипотиреозом требует тщательного мониторинга состояния мышечной ткани, в том числе контроль уровня КФК до назначения статинов и в первые полгода статинотерапии.

Качество жизни пациентов, поступивших на санаторно-курортное лечение

Лузина Е.В., Богдан Е.Н., Кириченко Н.Г., Ларева Н.В., Иванова Н.Д., Фахретдинов А.О.

Читинская государственная медицинская академия, Санаторий «Курпаты» Управления делами Президента РФ, Чита, Республика Крым

Санаторно-курортное лечение – вид лечебно-профилактической помощи, оказываемый в специализированных стационарных учреждениях и основанный на применении природных лечебных факторов (климата, минеральных вод, лечебных грязей и др.). При многих заболеваниях данный вид лечения является наиболее эффективным. Лечение в условиях санатория проводится в период ремиссии хронических заболеваний, при которой качество жизни является основным критерием оценки состояния пациента. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Изучение КЖ является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья.

Цель: оценить КЖ пациентов, поступивших на лечение в ФГБУ «Санаторий «Курпаты» (республика Крым) из разных регионов Российской Федерации (РФ).

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 79 человек, прибывших на лечение в ФГБУ «Санаторий «Курпаты» (республика Крым) из разных регионов РФ в августе 2018 г. в возрасте от 18 до 74 лет. Средний

возраст составил 47,64±13,74 лет. Среди опрошенных было 25 мужчин (31,7%) и 54 женщины (68,3%). Для опроса использовалась анкета SF-36. Статистическая обработка проводилась путем определения средних величин и стандартных отклонений с помощью метода описательной статистики. Программное обеспечение BioStat.

Результаты. Средние значения показателей КЖ для 8 шкал опросника SF-36 колебались от 62,18±14,65 (шкала общего здоровья (ОЗ) до 84,84±16,77 (шкала физического функционирования). Физический компонент здоровья в целом был на довольно высоком уровне. Этот компонент включал физическое функционирование (ФФ), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивало выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей). Пациенты высоко оценили свою физическую активность. Шкала ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (РФФ), оценивала влияние физического состояния на повседневную деятельность (работу, повседневные обязанности). Ограничений повседневной деятельности не было отмечено, среднее значение этой шкалы составило 76,08±34,17. Шкала интенсивности боли (Б) отражала влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Показатель 69,81±23,75 свидетельствовал о незначительном ограничении активности ввиду боли. Наиболее низко пациенты оценили состояние своего здоровья в настоящий момент. Шкала общего здоровья оказалась самой низкой – 62,18±14,65. Психологический компонент здоровья включал четыре шкалы: жизненную активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Среди этих составляющих самую высокую оценку имела социальная активность опрошенных, их уровень общения. Показатель СФ составил 81,31±18,67. Несколько ниже был критерий РЭФ – 74,55±36,58, который отражал ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленные эмоциональным состоянием. Еще ниже пациенты отметили свое психическое здоровье – 67,61±17,45, что свидетельствовало о возможном наличии депрессивных, тревожных переживаний. Наиболее низкая оценка психологической составляющей здоровья была дана по критерию жизненной активности. Чем ниже баллы по этой шкале, тем более человек ощущал себя уставшим, обессиленным. Величина Ж оказалась 64,46±15,96.

Заключение. Исследование КЖ является надежным и простым методом оценки общего благополучия человека. Анализ КЖ пациентов, поступивших на санаторно-курортное лечение, показал, что параметры физической и психологической составляющей значительно отличались от 100% «идеального» здоровья, однако были выше среднего уровня. Физическая и социальная активность респондентов оставалась высокой. На момент поступления в санаторий страдало общее состояние здоровья и жизненная активность, что свидетельствовало об утомлении.

Анализ кардиоваскулярной коморбидности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Лукьянова М.В., Мурадян М.М., Павленко К.И., Тарасеева Г.Н.

Пензенский государственный университет, Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко, Пенза

Цель: определить распространенность и характер кардиоваскулярной коморбидности и оценить ее влияние на клиничко-функциональный статус у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 94 пациента (89 мужчин и 5 женщин) со среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ (категории В-D по GOLD 2017), госпитализированные в пульмонологическое отделение ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. Средний возраст составил 63,5±7,9 года, длительность заболевания 6,8 (16,4;1,2) года. У всех пациентов проанализировали анамнестические данные (статус и стаж курения (пачка/лет), количество обострений за предыдущий год, наличие сопутствующих заболеваний), симптомы ХОБЛ оценивали по шкале mMRC и опроснику CAT. Выполняли подсчет частоты дыхательных движений (ЧДД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение артериального давления (АД) по методу Короткова. Выполняли спирометрию (Spirolab III, MIR, Италия) с оценкой показателей функции внешнего дыхания (ФВД) – объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) и модифицированный индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) – и обратимости обструкции в тесте с бронхолитиком (400 мкг сальбутамола). Оценивали уровень насыщения крови кислородом (SaO2) при пульсоксиметрии.

Результаты: всего кардиоваскулярная коморбидность встречались у 69 (73%) больных ХОБЛ. Оценивали наличие таких ССЗ, как гипертоническая болезнь в 59 (63%) случаев, стенокардия напряжения I-III ФК в 25 (27%) случаев, перенесенный инфаркт миокарда – 9 (10%), нарушения ритма по типу фибрилляции и/или трепетания предсердий – 13 (14%), синдрома слабости синусового узла – 2 (2%), операции на сердце (аорто-коронарное шунтирование, имплантация кардиостимулятора) в 3 (3%) случаев. Хроническая сердечная недостаточность сопровождала 66 (96%) случаев всех ССЗ. При анализе сопутствующей патологии пациенты с ХОБЛ были разделены на 4 группы: 1 группа включала 25 (27%) пациентов без кардиоваскулярной патологии; 2 группа включала лиц с одним сопутствующим ССЗ – 20 человек (21%); 3 группа – два сопутствующих заболевания – 32 человека (34%); 4-группа – три и более заболеваний – 17 человек (18%). Отмечено увеличение количества тяжелых обострений ХОБЛ за прошедший год, потребовавших госпитализации, у пациентов 2,3 и 4 групп по сравнению с группой 1: 2,3 обострений в группе 2, 3,6 в группе 3 и 3,8 в группе 4 против 1,2 обострения в группе 1 (p<0,01). При анализе стажа курения в группах пациентов отмечается его повышение по мере роста количества коморбидной патологии и достоверное отличие в группе без сопутствующей патологии и группе более 3-х ССЗ (стаж курения в группе 1 = 35,6±4,56 против 58,2±6,45 в группе 4 (p<0,05). Анализ клинических симптомов показал тенденцию к усилению одышки по шкале mMRS в группах 3 и 4 –3,0 ± 0,5 балла против 1,7±0,2 балла в группе 1. По результатам опросника CAT пациенты без сопутствующей патологии отмечали 14,3± 2,1 балла, а у больных с ≥2 ССЗ 26,6± 6,3 балла (p<0,05). При оценке ФВД в группах отмечено достоверное снижение показателя ОФВ1 по мере увеличения числа коморбидных заболеваний: ОФВ1 в группе 1 составил 57,4±18,9%, в группе 2 – 50,4±18,9%, в группе 3 – 45,8±17,6%, в группе 4 – 41,4±17,2% (p<0,05). При этом в группе без сопутствующей патологии встречался в основном обструктивный тип вентиляционных расстройств, а в группах с кардиоваскулярной патологией смешанный тип. Отмечена тенденция к снижению SaO2 в покое в группах, где встречалось ≥2 ССЗ: 96% и 95% в группах 1 и 2 против 94 и 89% в группах 3 и 4 соответственно. При анализе клиничко-функциональных показателей ЧСС, ЧДД и АД достоверных отличий между группами не выявлено.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии коморбидной кардиоваскулярной патологии на клиничко-функциональный статус у пациентов с ХОБЛ. При этом установлена прямая зависимость между усилением симптомов, увеличением количества тяжелых обострений, ухудшением показателей функции внешнего дыхания и сатурации кислорода и количеством сердечно-сосудистых заболеваний.

Актуальность диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных с острым коронарным синдромом

Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Килесса В.В., Турна Э.Ю.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. Развитие острого коронарного синдрома является тяжелой стрессогенной ситуацией, значительно осложняет прогноз физической и социальной активности пациента, характеризуется повышением риска сердечно-сосудистой смерти, что является факторами способствующими развитию тревожно-депрессивных расстройств.

Цель. Улучшение качества жизни пациентов с острым коронарным синдромом путем коррекции психологического состояния.

Задачи: 1. Оценить психологическое состояние пациентов с острым коронарным синдромом. 2. Оценить степень выраженности депрессивных расстройств у пациентов с острым коронарным синдромом, с использованием специальных шкал. 3. Проанализировать причины психологического состояния у данных пациентов, с дальнейшей коррекцией, направленной на улучшение качества жизни.

Материалы и методы. Было обследовано 56 больных находящихся на лечении в инфарктном отделении ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ № 7» (26 мужчин и 30 женщин в возрасте 40-49 лет – 7 пациентов, 50-59 лет – 12 пациентов, 60-69 лет – 14 пациента, старше 70 лет – 23 пациента). Проводилась оценка выявления частоты и степени выраженности депрессии с использованием тест-опросника Бека, который состоит из 21 вопроса-утверждения, наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб, характерных для депрессии и оценивается от 0 до 3 баллов по каждому вопросу. При интерпретации теста легкая степень депрессии выставлялась пациентам, набравшим 13-18 баллов, средняя степень депрессии – 19-29 баллов, тяжелая депрессия – 30 баллов и выше. Результаты исследований. Из 56 обследованных больных инфарктом миокарда наличие депрессивных расстройств было выявлено у 31 пациента (55%). При этом легкая степень депрессии (13-18 баллов) была зарегистрирована у 24 (77%) больных (20 женщин и 4 мужчин), средняя степень депрессии (19-29 баллов) – у 7 (23%) обследуемых (5 женщин и 2 мужчины). Тяжелая степень не была диагностирована ни у одного пациента. Нами был проведен анализ взаимосвязи возникновения депрессивных расстройств с возрастом. Было выявлено, что распространенность депрессии была минимальной в группе 40-49 лет (2 пациента) и составляла 28,5%. После 60 лет отмечалось увеличение частоты встречаемости симптомов депрессии, достигая максимума у пациентов старше 70 лет (12 пациентов) – 52,1%, то есть в 1,8 раз чаще ($p < 0,001$). При этом наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на снижение работоспособности (48%), трудность принятия решений (26 %), ухудшение внешнего вида (65%), возникновение навязчивых мыслей о своем здоровье (71%). При анализе причин развития депрессии у данной когорты больных было установлено, что у 48,3% пациентов развитию инфаркта миокарда предшествовали неблагоприятные психологические факторы: стрессы (22,5%), утрата близкого родственника (6,4%), одиночество (19,4%). Остальные пациенты связывали возникновение депрессии с развитием самого инфаркта миокарда (51,7%). При анализе возможной группы риска развития депрессивных расстройств было выявлено, что чаще их появлению подвержены женщины (81% против 19% мужчин) в возрасте старше 50 лет (68 +10), что соответствует данным литературы по данной проблеме. Выводы. С учетом высокого уровня распространенности депрессивных расстройств у больных с острым коронарным синдромом целесообразно проводить оценку психологического состояния у данных пациентов,

с использованием специальных шкал, с дальнейшей коррекцией, направленной на улучшение качества жизни.

Сывороточное содержание растворимых форм маркеров активации иммунных клеток у больных бронхиальной астмой смешанного генеза в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Любавина Н.А., Макарова Е.В., Варварина Г.Н., Меньков Н.В.,
Тюрикова Л.В., Сальцев С.Г., Новиков В.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород

Цель: определение сывороточного уровня растворимых маркеров активации иммунных клеток (sCD25, sCD38, sCD8), ингибитора апоптоза (sCD95) и молекул гистосовместимости (sHLA I, sHLA-DR) во взаимосвязи с клиническими, лабораторными и инструментальными данными у больных бронхиальной астмой смешанного генеза (БА) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материалы и методы. Обследовано 90 больных БА (1 группа – 50 пациентов без диабета, 2 группа – 40 больных с сочетанием БА и СД 2). Всем проводились общеклиническое обследование, спирометрия, определение растворимых форм молекул CD38, CD25, CD8, CD95, HLA I и HLA-DR иммуноферментным методом; пациентам с СД 2 – исследование уровня гликемии натощак, постпрандиальной гликемии и гликозилированного гемоглобина. При оценке сывороточного уровня sCD25, sCD38, sCD8, sCD95, sHLA I и sHLA-DR образцы сыворотки крови больных сопоставлялись с результатами обследования 30 здоровых доноров.

Результаты. У больных БА 2 группы средняя частота обострений заболевания была выше, чем у пациентов без диабета (2,3+0,8 против 1,6+0,6 $p=0,0008$). Пациенты обеих групп продуцировали мокроту, гнойность мокроты была выше у больных с сочетанной патологией и нарастала с увеличением уровня гликемии: число нейтрофилов в мазках мокроты было 73[12;150] в поле зрения против 46[8;80] у больных 1 группы. Уровень СОЭ у больных 2 группы был 20[6;30] (в 1 группе – 16[4;28] мм/ч, $p=0,05$). Продолжительность стационарного лечения по поводу обострения БА была больше у пациентов при наличии СД 2 – 17+2,6; а в 1 группе 15+2,8 койко-дней ($p=0,03$). У больных обеих групп содержание sCD38 было повышено относительно здоровых доноров и составило соответственно 211[167;285] и 436[136;897] U/ml при декомпенсации СД 2. Также у больных 2 группы содержание sCD25 и sCD95 молекул было повышено относительно здоровых лиц и больных 1 группы, а именно 430[399;570] и 435[343;774] U/ml. У пациентов с БА в обеих группах сывороточный уровень sHLA I был снижен по сравнению со здоровыми донорами (825[585;1026] $p=0,003$ в 1 группе и 927[715;1099] $p=0,04$ во 2-й группе), а содержание sCD8 не менялось. А уровень sHLA-DR был повышен у пациентов обеих групп по сравнению со здоровыми донорами (115[87;151] $p=0,02$ в 1 группе; 141[100;162] $p=0,005$ во 2-й группе) и достоверно нарастало с увеличением гликемии у пациентов 2-й группы ($p_{1-2}=0,03$). Во 2 группе установлена взаимосвязь содержания гликозилированного гемоглобина и sCD38, sCD95 и sHLA-DR ($R_1=0,6$ $p_1=0,003$; $R_2=0,42$ $p_2=0,04$; $R_3=0,83$ $p_3=0,04$; соответственно). При сочетании БА и СД 2 установлена положительная связь содержания гликемии натощак и уровня тестируемых молекул. Во 2 группе выявлена обратная связь между МОС25 и sCD25, sCD95 ($R_1=-0,52$ $p_1=0,046$; $R_2=-0,48$ $p_2=0,04$), а также ОФВ1 и sHLA-DR ($R=-0,5$ $p=0,03$). Количество нейтрофилов крови коррелировало с уровнем sCD38 ($r=0,47$ $p_1=0,01$).

Выводы. Наличие углеводных нарушений у больных с сочетанием БА и СД 2 усугубляет нарастание содержания ингибитора апоптоза (sCD95), молекул, отражающих активацию иммунных клеток (sCD38, sCD25), а также молекул sHLA-DR. Влияние повышенного уровня этих молекул при нарастании углеводных нарушений проявляется в утяжелении воспалительного процесса дыхательных путей у больных сочетанной патологией. Об этом свидетельствуют корреляционные взаимосвязи тестируемых молекул с показателями углеводного обмена, ФВД и воспалительными изменениями периферической крови, а также нарастание гнойности выделяемой мокроты, более частые обострения БА и увеличение сроков стационарного лечения.

Оценка влияния длительности лактации в анамнезе на течение гипертонической болезни у женщин

Мадоян М.А.

ООО Лечебно-диагностический центр «Мария», Рязань

Множество исследований доказало краткосрочные и долгосрочные положительные эффекты грудного вскармливания и его длительности для детей: снижение смертности, инфекционной заболеваемости, нарушений прикуса, избыточной массы тела в детстве, снижение риска ожирения, более высокий уровень интеллекта и дохода во взрослом возрасте. Меньше изучены эффекты грудного вскармливания для женщин: показано, что лактация снижает риски развития рака молочной железы, яичников, сахарного диабета, депрессии, однако мало изучено влияние лактации и её длительности на кардиологическую заболеваемость, при этом доказана роль в увеличении сердечно-сосудистых рисков у женщин других гендерспецифических факторов – раннего менархе, большого числа беременностей и родов, преэклампсии, гестационных диабета и артериальной гипертензии, использования гормональных контрацептивов, ранней менопаузы.

Цель: изучить влияние длительности лактации в анамнезе на течение гипертонической болезни (ГБ) у женщин.

Методы исследования. В исследование включены 148 женщин (средний возраст 57,3±1,0 лет), наблюдаемые амбулаторно по поводу ГБ в период 2014-2017 гг. На первом этапе в зависимости от длительности лактации в анамнезе пациентки были разделены на 2 группы (гр.), сопоставимые по возрасту, социальному статусу, числу беременностей и родов, отягощенной наследственности: 1А гр. – 61 женщина с лактацией от 6 до 12 месяцев, 1Б гр. – 51 женщина с лактацией любого другого срока. В гр. 1А и 1Б проводился сравнительный ретроспективный анализ особенностей течения ГБ (степень, стадия, наличие осложнений, сроки их возникновения). На втором этапе в зависимости от верифицированной стадии ГБ пациентки были разделены на 2 гр., сопоставимые по возрасту, социальному статусу, числу беременностей и родов: 2А гр. – 33 женщины с ГБ I-II стадии, 2Б гр. – 33 женщины с ГБ III стадии. В гр. 2А и 2Б проводился сравнительный ретроспективный анализ данных анамнеза относительно длительности лактации. Полученные данные статистически обработаны. Полученные результаты. Между гр. 1А и 1Б достоверных различий не выявлено. Между гр. 2А и 2Б достоверные различия выявлены: в 2А гр. в сравнении с 2Б гр. непродолжительная лактация (менее 6 мес) имела в анамнезе в 2 раза чаще (63,64±8,37% против 30,30±8,00%, p<0,01), а в 2Б гр. в сравнении с 2А гр. длительная лактация (свыше года) имела в анамнезе в 3 раза чаще (66,67±8,21% против 21,21±7,12%, p<0,001). Выводы. В нашем исследовании более тяжелое течение ГБ отмечалось при наличии длительной лактации в анамнезе, а оптимальные сроки лактации

(от 6 до 12 мес) не были связаны с более благоприятным течением ГБ. Таким образом, нам не удалось получить доказательства положительного влияния длительности лактации в анамнезе на течение ГБ у женщин.

Применение эссенциальных фосфолипидов в лечении неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с сопутствующими кардиометаболическими нарушениями: результаты наблюдательного исследования MANPOWER

Маев И.В., Цуканов В.В., Пальгова Л.К., Павлов Ч.С., Широкова Е.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Обоснование и цели исследования. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) часто сопровождается сердечно-сосудистыми заболеваниями и метаболическими нарушениями и ассоциирована с повышением риска развития серьезных сердечно-сосудистых событий. Поскольку НАЖБП часто протекает бессимптомно, а рутинное мониторирование состояния печени не всегда доступно, интерес представляет дальнейшее изучение подходов к терапии данной патологии.

Целью данного исследования являлась оценка тактики ведения больных НАЖБП с кардиометаболической коморбидностью в условиях реальной клинической практики, а также изучение клинической эффективности эссенциальных фосфолипидов у таких пациентов.

Материалы и методы. В данное наблюдательное проспективное исследование включены пациенты 18-60 лет с НАЖБП и сопутствующими кардиометаболическими нарушениями, а именно артериальной гипертензией, ожирением, гиперхолестеринемией, сахарным диабетом 2-ого типа, которым недавно была назначена терапия эссенциальными фосфолипидами (ЭФЛ). Оценка эффективности терапии проводилась на 0, 12 и 24 неделях лечения. Первичной конечной точкой являлась оценка тактики ведения пациентов в группах с разной степенью кардиометаболической коморбидности (от 1 до 4 нарушений). Вторичной конечной точкой исследования являлась оценка клинической эффективности терапии ЭФЛ (согласно результатам ультразвукового исследования и лабораторного анализа активности «печеночных» ферментов), безопасности (согласно данным о развитии нежелательных событий), приверженности терапии (согласно данным дневников пациентов), удовлетворенности результатами проводимой терапии среди пациентов и врачей (согласно результатам, полученным с помощью 4-балльной шкалы Ликерта).

Результаты. В исследование были включены 2483 пациента (37,8% мужчин), средний возраст которых составил 48,7 ±8,6 лет (среднее значение ± стандартное отклонение). По логистическим причинам были исключены 16 пациентов (0,56%). Два и более сопутствующих кардиометаболических нарушений имели 79,6% пациентов с НАЖБП. Ранее надлежащего лечения не получали 38% пациентов. Положительная динамика состояния печени на фоне терапии ЭФЛ наблюдалась по данным ультразвукового исследования, (в частности, снижение показателей гиперэхогенности печени) в 68% случаев, также наблюдалось снижение активности АЛТ, АСТ, ГГТ, что свидетельствует о клинической эффективности применения ЭФЛ. Данные изменения были статистически значимыми и наблюдались во всех изучаемых группах пациентов. Данных о прекращении пациентами терапии вследствие развития нежелательных событий, связанных с приемом ЭФЛ, не получено. Уровень приверженности терапии составил 90,5%. Уровень удовлетворенности результатами лечения среди врачей составил 81,7%, а среди пациентов – 92%.

Заключение. Хотя терапия пациентов с комплексной кардиометаболической патологией, включающей НАЖБП, требует надлежащей медикаментозной и немедикаментозной терапии, согласно полученным данным такие пациенты не всегда получают необходимые назначения. ЭФЛ могут рассматриваться в качестве эффективного терапевтического вмешательства в составе комплексной терапии в лечении пациентов с НАЖБП и коморбидностью, характеризующаясь благоприятным профилем безопасности, высоким уровнем приверженности и удовлетворенностью результатами терапии. Интерес для дальнейшего изучения представляет оценка влияния терапии ЭФЛ не только на состояние печени, но и на качество жизни больного с НАЖБП и кардиометаболической коморбидностью.

Некоторые аспекты лечения остеоартроза у больных пожилого возраста в условиях поликлиники

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет,
Оренбург

В последнее десятилетие частота ОА в популяции составляет 13% и пик заболеваемости приходится на пациентов пожилого возраста с сопутствующими хроническими заболеваниями, причем мультиморбидность наблюдается у 82,6% пациентов старше 60 лет. Современная тактика ведения таких пациентов в первичном звене включает ограничение рутинного использования НПВП и смещение акцента к длительному применению симптоматических медленно-действующих препаратов. Одним из препаратов этой группы является хондроитин сульфат (ХС). Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения инъекционной формы ХС у больных ОА различных возрастных групп. Материалы и методы. В исследование включено 38 больных, обратившихся в поликлинику с обострением ОА, с выраженностью болевого синдрома по ВАШ ³ 40 мм, необходимостью приема НПВП и давших информированное согласие на включение в исследование. Большинство (84%) составили женщины, возраст больных колебался от 37 до 70 лет, средний возраст - 56,87±11,2 года. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных суставов, удовлетворяющие классификационным критериям Американской коллегии ревматологов. Преобладала II стадия (55%), I была у 45%. Двусторонний гонартроз был у 58%, сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов или суставов кистей отмечалось у 23,5% и 21% пациентов. Нарушения функции суставов I и II степень определялись у 34 (59%) и 21 (36%). Сопутствующие заболевания выявлены у 92% больных. В их структуре преобладали: артериальная гипертензия (74%), патология щитовидной железы (16%), сахарный диабет 2-го типа (8%), хронический гастрит вне обострения (10,5%), хроническая венозная недостаточность (18%) пациентов. Часто выявлялось ожирение: 1, 2, 3 степени - у 26%, 23%, 2,6% соответственно, избыточная масса тела - у 26%. Причем 4-5 хронических заболеваний имели 52%, 2-3 заболевания - 21%, 1 - только 27%. Все пациенты были разделены на две группы (n1=23 (до 59 лет); n2=15 (более 60 лет) и получали сочетанную терапию с использованием НПВП (нимесулид) в течение 14 дней в дозе 200 мг/сутки и препарат ХС по 2 мл (100 мг/мл) внутримышечно через день по 25 инъекций. Продолжительность курса составила 7-8 недель. Проводилось клиническое обследование и оценка показателей альго-функциональных индексов: выраженность боли по ВАШ, Лекена, WOMAC. Анализ результатов показал, что пациенты более старшей возрастной группы имели достоверно большую продолжительность ОА (сред-

8,96±5,12 лет) и продолжительность обострения (сред.- 3,0±1,65 мес.), против 5,34±3,12 лет и 1,5±1,35 мес. соответственно в 1 гр. (p<0,05). По окончании курса сочетанной терапии отмечалось достоверно значимое достижение клинического эффекта по всем клиническим показателям в обеих группах. Так, уменьшение выраженности альго-функциональных индексов выявлено уже через 4 недели от начала терапии, но достоверно менее выраженным оно было у пациентов старшего возраста (p<0,01). В 1 группе динамика показателей в этот срок составила: от ВАШ в покое 33,81± 14,99 мм, ВАШ при ходьбе 62,86±19,01 мм, индекс Лекена 11,14±4,22 баллов, WOMAC суммарный 33,0± 12,93 до 26,67±19,58 мм, 52,86±16,77 мм, 7,95±3,36, 21,81 ± 8,49 баллов соответственно (p<0,01). Во 2 группе динамика показателей была: от ВАШ в покое 42,94±16,87 мм, ВАШ при ходьбе 77,06 ±14,48 мм, индекс Лекена 14,18±2,78, WOMAC суммарный - 42,41±8,97 баллов до 33,75±25,78 мм; 63,75±16,68 мм, 10,53 ± 4,2; 29,75±13,11 баллов соответственно (p<0,05). По окончании (через 7 недель) курса терапии в/м ХС отмечалась аналогичная динамика показателей по группам: ВАШ при ходьбе в 1 группе составила 21,0 ± 12,94 мм против 40,77±16,56мм во 2 группе (p<0,01); WOMAC суммарный 8,5±7,1 против 16,85±11,16 баллов (p<0,01) соответственно в 1 и 2 группах. К окончанию курса терапии инъекционной формой ХС от приема НПВП отказались в обеих группах сопоставимое количество пациентов - 70% и 71,5%, только 1 пациентка 2 группы продолжала регулярно принимать НПВП. Вне зависимости от возрастных параметров препарат переносился хорошо.

Выводы. Применение инъекционной формы ХС у больных ОА показало влияние на выраженность боли и функцию суставов, хотя у пациентов старшего возраста эффективность была ниже по некоторым альго-функциональным показателям, при хорошей переносимости и безопасности.

Реализация гипотензивного эффекта при использовании фиксированных комбинаций: эпросартан+гидрохлоротиазид и периндоприл+индапамид.

Маль Г.С., Арефина М.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель: оценить эффективность фиксированных комбинаций: эпросартан (600 мг/сут) + гидрохлоротиазид (12,5 мг/сут) и периндоприл (4 мг/сут) + индапамид (1,25 мг/сут) в лечении артериальной гипертензии у больных с метаболическим синдромом (МС).

Задачи: изучить влияние комбинации гипотензивных препаратов на ренин-ангиотензиновую систему у больных с артериальной гипертензией с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: в исследование было включено 70 женщин в возрасте от 45 до 62 лет с диагнозом АГ I или II степени с метаболическим синдромом. Исследование было проведено простым, открытым рандомизированным методом. Изучение в анамнезе наличия артериальной гипертензии, исследование антропометрических данных, регистрация ЭКГ, общестандартные лабораторные методы исследования. Результаты исследования. Максимальная гипотензивная эффективность эпросартан+гидрохлоротиазид выявлена при АГ II женщин 40-49 лет с АГ II. В данной рандомизированной группе пациенток отмечено снижение САД со 175 мм.рт.ст. до 145 мм.рт.ст. Снижение ДАД отмечено со 105 мм.рт.ст. до 85 мм.рт.ст. Аналогичная эффективность от АГГ при применении фиксированной комбинации эпросартана и гидрохлортиазида имеет место для женщин 40-49 лет с АГ I.

Наименьшее снижение САД и ДАД отмечалось в рандомизированной группе пациенток возраста 50-59 лет с АГ I с МС. У этих больных, принимавших эпросартан+гидрохлортиазид, наблюдалось снижение САД со 159 мм.рт. ст. до 135 мм.рт.ст и снижение ДАД с 95 мм.рт. ст. до 85 мм.рт.ст.

Другой исследуемой фиксированной комбинацией АГП является периндоприл (4 мг) и индапамид (1,25 мг).

Максимальные показатели снижения САД выявлены в группе женщин, принимавших периндоприл+индапамид, возраста 40-49 лет с АГ I с МС. В этой рандомизированной группе отмечено снижение САД со 160 мм.рт. ст. до 130 мм.рт.ст.

Максимальные показатели снижения ДАД выявлены в группе женщин, принимавших периндоприл+индапамид, возраста 50-59 лет с АГ I с МС, отмечено снижение ДАД с 105 мм.рт. ст. до 80 мм.рт.ст. В то же время в этой группе пациенток выявлено наименьшее снижение САД со 159 мм.рт. ст. до 135 мм.рт.ст.

Выводы. Таким образом, все исследуемые фиксированные комбинации АГП оказываются достаточно эффективными антигипертензивными средствами, достоверно снижающими показатели САД и ДАД у больных АГ с МС.

Ассоциация полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы при хронической сердечной недостаточности у жителей Республики Дагестан

Маммаев С.Н., Омарова Д.А., Касаева Э.А.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Цель исследования: изучение влияния полиморфизма генов системы РААС на формирование хронической сердечной недостаточности у жителей республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 103 пациента с ХСН 2-3 ФК по NYHA, ишемической этиологии. Контрольную группу составили 36 человек без заболеваний сердечно-сосудистой системы. Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программы Statistica for Windows 6.1(StatSoftInc., США).

Результаты исследования. Было выявлено, что частота генотипа ТТ полиморфизма Met235Thr гена AGT у обследованных жителей Республики Дагестан составила 36,0%, генотипа МТ – 48,2%, ММ – 15,8%. Частота встречаемости М аллеля в гомо- и гетерозиготах составила 0,40, Т аллеля – 0,60. Частота генотипа ММ полиморфного локуса Met235Thr гена AGT встречалась реже у больных ХСН, по сравнению со здоровыми лицами 12 (11,7%) и 10 (27,8%). Таким образом, можно заключить, что носительство генотипа ММ полиморфного маркера Met235Thr гена AGT ассоциировано со снижением риска развития ХСН. Носительство аллели Т полиморфного локуса Met235Thr гена AGT также коррелировало с более тяжелым течением ХСН. При оценке встречаемости полиморфизмов маркера Thr174Met гена AGT в группе больных ХСН нами отмечалась бóльшая частота аллеля М, по сравнению с контрольной группой 36 (17,5%) и 5 (6,9%), соответственно, $p=0,048$; ОШ – 0,4 [0,1; 0,9]. У больных ХСН также наблюдалась более редкое носительство генотипа ТТ 69 (67, 0%) по сравнению с 31 (86,1%), $p=0,047$; ОШ – 0,3 [0,1; 0,9]. С учетом поправки на множественность сравнений различия можно расценить как статистическую тенденцию, но можно предположить, что носительство аллеля Т полиморфного маркера Thr174Met гена AGT снижает риск развития ХСН. У больных ХСН III ФК реже,

по сравнению с больными ХСН II ФК, встречалось носительство аллеля Т 86 (78,2% против 84 (89,4%), $p=0,049$; ОШ 0,4 [0,2; 0,9] и генотипа ТТ 32 (57,7%) против 37 (78,7%), $p=0,035$; ОШ 0,4 [0,2; 0,9]. Таким образом, можно отметить тенденцию к ассоциации носительства аллеля Т к менее тяжелому течению ХСН. Была выявлена ассоциация носительства аллеля D I/D полиморфного маркера гена ACE и более высокого риска развития ХСН. Нами была отмечена значимость носительства аллеля D для более тяжелого течения ХСН. Так частота встречаемости аллеля D составила 38,3% у больных ХСН II ФК и 56,3% – при III ФК ХСН, $p=0,002$, ОШ – 2,4 [1,3;4,2]. Генотип II чаще встречался при II ФК 20 (42,6%) против III ФК – 10 (17,9%), $p=0,011$, ОШ – 0,3 [0,1; 0,7].

Выводы. На основании проведенного исследования выявлено, что носительство аллеля Т полиморфного локуса Met235Thr гена AGT и аллеля D полиморфизма I/D гена ACE коррелирует с более тяжелым течением ХСН.

Аргинин в комплексной терапии патогенетического лечения острых и хронических заболеваний печени

Манукян Л.А., Авдалбекян Р.А.

Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераца, 2 медицинское объединение, Ереван, Республика Армения

Введение. Аргинин – сочетание гепатопротекторного и дезинтоксикационного действия: 1) обеспечивает детоксикационную функцию печени – выраженное гипоаммониемическое действие; 2) стабилизирует клеточные мембраны гепатоцитов – предотвращает цитолитический синдром в клетках печени; 3) повышает антиоксидантную защиту печени – оказывает ингибирующее действие на активацию перекисного окисления липидов в гепатоцитах. Отличительной особенностью препарата аргинин является то, что его можно применять как в острой стадии (как дезинтоксикант и донатор оксида азота), так и в период реконвалесценции (как гепатопротектор).

Цель. Оценка функционального состояния печени при острых и хронических поражениях: трансаминазной активности, гипербилирубинемии, гипераммониемии, ведущие к хронизации процесса.

Материалы и методы. Для более адекватной оценки терапевтического влияния препарата на динамику болезни, функциональное состояние печени было проведено лабораторное (биохимическое) обследование больных до начала лечения, в конце 1-й недели и в конце 2-й недели. На фоне проведенной терапии аргинином изменения биохимических показателей соответствовали явному терапевтическому эффекту, более значительному, чем в контрольной группе. Отмечалась более быстрая регрессия симптомов болезни, восстановление функционального состояния печени, ее детоксикационной активности, нивелирование холестатического и цитолитического синдромов, гипераммониемии, гипербилирубинемии, активности аланинотрансферазы (АЛТ).

Результаты. Снижение уровня гипербилирубинемии в исследуемой группе к концу первой недели происходило у 22% больных (в контроле у 12%). Уровень снижения гипербилирубинемии к концу 2-й недели составил в среднем в $6,8 \pm 0,2$ раза в исследуемой группе (в контроле – в $4,2 \pm 0,3$), что на 1,6 раза быстрее. Следует отметить, что в исследуемой группе на фоне применения аргинина уже к концу первой недели снизился уровень непрямого билирубина, что может являться одним из благоприятных факторов влияния препарата на процесс глюкуронирования (как одного из механизмов эндогенной детоксикации). Динамика активности АЛТ в течение первой недели существенно не изменялась как в исследуемой, так

и в контрольной группах, однако уже на 2-й неделе начала снижаться более интенсивно, а к концу 2-й недели уменьшилась в 1,5 раза. В клиническом аспекте это очень благоприятный фактор, поскольку указывает на снижение цитолитического компонента и хронизации процесса при гепатите. Анализируя состояние азотистого обмена, как основного детоксикационного фрагмента печени, следует отметить неоспоримый терапевтический эффект аргинина на снижение уровня аммиака в крови уже непосредственно к концу 1-й недели ($5,9 \pm 0,2$ дня) на $12,2 \pm 0,4$ мкмоль/л (на 40-50% по сравнению с контрольной группой) и на 30-40% к концу 2-й недели. Причем, в исследуемой группе к концу 4-7 недели показатель азотистого обмена – аммиак – в крови нормализовался, в то время как в контрольной оставался повышенным. Следует также отметить, что если на фоне заболевания в контрольной группе к концу 1-й недели у всех больных продолжает нарастать уровень аммиака в крови, усугубляя явления печеночной недостаточности, токсикоза, то в исследуемой группе его уровень активно снижается. Снижение уровня аммиака в крови в остром периоде болезни и непосредственно на 1-й – 2-й неделе болезни (5-7-и недельного лечения инъекционной формой препарата) является благоприятным признаком, поскольку свидетельствует об инактивации наиболее токсичных продуктов катаболизма в организме, активизации детоксикационной функции печени. Другие показатели азотистого обмена, продукты катаболизма белковых веществ – мочевины и креатинина – в среднем существенно не изменялись в динамике болезни. Обсуждение. Таким образом, снижение уровня гипербилирубинемии, трансаминазной активности, несмотря на небольшие колебания, является очень существенным, поскольку снижение АЛТ и билирубина в исследуемой группе происходит до уровня, при котором редко развивается хронизация процесса в печени.

Влияние локализации и площади поражения лёгких у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией на развитие и выраженность острого экссудативного перикардита

Мартынова Т.В., Шахнис Е.Р., Волосатова В.К.

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, филиал №5, Москва

Острый экссудативный перикардит связан с риском таких осложнений как тампонада, рецидивы и констрикция. Согласно международным клиническим рекомендациям, всем пациентам с этим заболеванием рекомендуется назначение противовоспалительной терапии с последующим инструментальным контролем в ранние сроки наблюдения для уточнения прогноза и выбора лечения. Постоянная форма заболевания при отсутствии адекватного лечения развивается у 30% пациентов.

Цель работы: определить влияние локализации и площади поражения лёгких у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией на вероятность развития и выраженность острого экссудативного перикардита.

Материалы и методы. В исследование включены 50 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте $20,4 \pm 1,9$ года. Всем больным проведено клиничко-инструментальное обследование, включавшее эхокардиографию (ЭхоКГ) для подтверждения сепарации листков перикарда и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов грудной клетки (ОГК). Основную группу составили 35 пациентов с острым экссудативным перикардитом, группу сравнения – 15 пациентов, сопоставимых по возрасту и тяжести заболевания, без изменений перикарда по данным инструментальных исследований.

Результаты. Острый экссудативный перикардит развивался с равной частотой у пациентов с левосторонним и правосторонним, односторонним и двухсторонним поражением лёгочной ткани (18 (51,4%) и 17 (48,6%), 19 (54,3%) и 16 (45,7%) пациентов основной группы соответственно). Выявлена слабая положительная корреляционная взаимосвязь между числом поражённых сегментов по данным УЗИ ОГК и сепарацией листков перикарда в мм по данным ЭхоКГ ($r = 0,34$). Эхокардиографический показатель сепарации листков перикарда коррелировал также с площадью безвоздушной лёгочной ткани в см^2 по данным УЗИ ($r = 0,38$). Воспалительный процесс в отдельных сегментах лёгких с неодинаковой частотой сопровождался обнаружением выпота в полости перикарда: В основной группе не оказалось пациентов с поражением S1 и S2 верхней доли правого лёгкого и только в одном случае (1,2% всех поражённых сегментов) был вовлечён S3 верхней доли правого лёгкого. Аналогичные результаты получены для верхней доли левого лёгкого: на сегменты S1+2, S3 и S5 приходится по 1 случаю (1,2% каждый), S4 – 2 случая (2,5%). Частота поражения сегментов средней доли правого лёгкого была значительно выше: 11 случаев (13,6% всех поражённых сегментов), чаще вовлекался сегмент S5 (8 случаев из 11 при локализации пневмонии в средней доле правого лёгкого). Наиболее часто явлениями перикардита сопровождалась пневмония с локализацией в нижних долях обоих лёгких: сегменты нижней доли правого лёгкого были вовлечены в 29 случаях (35,8% всех поражённых сегментов), нижней доли левого лёгкого – в 34 случаях (42,0%). Обращает на себя внимание отсутствие в основной группе пациентов с локализацией пневмонии в S7 нижней доли левого лёгкого и максимальная частота поражения латеральнобазальных (S9) сегментов нижних долей обоих лёгких (11 (13,6%) случаев справа, 9 (11,1%) слева) и заднебазального (S10) сегмента нижней доли левого лёгкого – 11 (13,6% всех поражённых сегментов в основной группе). Частота вовлечения в процесс плевры у пациентов основной группы повышена: 15 (42,9%) по сравнению с 1 (6,7%) в группе без перикардита. По данным УЗИ ОГК в основной группе выявлен 1 (2,9%) пациент с гидротораксом, 13 (37,1%) пациентов с малым гидротораксом ($8,3 \pm 3,9$ мм) и 1 (2,9%) пациент с утолщением междолевой плевры. Показатель толщины выпота в мм по УЗИ в плевральных синусах коррелировал с сепарацией листков перикарда по данным ЭхоКГ ($r=0,34$ для рёберно-диафрагмальных, 0,38 для задних плевральных синусов).

Выводы. Риск развития острого экссудативного перикардита нарастает с увеличением количества поражённых сегментов и площади вовлечённой лёгочной ткани. Частота развития этого осложнения выше при локализации процесса в средней доле правого лёгкого и нижних долях обоих лёгких, максимальна при поражении латеральнобазальных сегментов нижних долей обоих лёгких и заднебазального сегмента нижней доли левого лёгкого. Вовлечение в процесс плевры повышает вероятность выявления выпота в перикарде. Полученные результаты могут использоваться для формирования группы риска развития острого экссудативного перикардита при пневмонии, подлежащей эхокардиографическому скринингу для раннего выявления этого осложнения и своевременного назначения противовоспалительной терапии.

Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда: данные амбулаторного-поликлинического регистра «ПРОФИЛЬ-ИМ»

Марцевич С.Ю., Сичинава Д.П., Калайджян Е.П., Кутищенко Н.П.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Городская поликлиника №9, Москва

Цель: у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и наблюдающихся в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения (регистр ПРОФИЛЬ-ИМ), оценить факторы, влияющие на отдаленные исходы.

Материал и методы. В проспективный регистр включено 160 пациентов, перенесших ОИМ и обратившихся для амбулаторного наблюдения в одну из городских поликлиник г. Москвы или ее филиалы в период с 01 марта 2014 г. по 30 июня 2015 г., из них 106 (66,2%) мужчин и 54 (33,8%) женщины, средний возраст $57,6 \pm 10,1$ (от 33 до 84) лет и $70,4 \pm 10,8$ (от 39 до 87), соответственно, 89 (55,6%) пациентов пенсионного возраста, а 50 (31,3%) имели группу инвалидности. Первичная комбинированная конечная точка (ККТ) включала смерть от любых причин, нефатальной ОИМ, МИ, экстренную госпитализацию по поводу ССЗ. Информация о статусе пациента и перенесенных сердечно-сосудистых событиях получена во время его визита в поликлинику, на основании анализа медицинской документации или телефонного контакта с пациентом или его родственниками. Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета IBM SPSS Statistics 20. Различия между качественными показателями определялись с использованием критерия χ^2 Пирсона, для сравнения малых выборок – точный критерий Фишера. Для изучения связи между факторами использовался регрессионный анализ (логистическая регрессия) с поправкой на пол и возраст, значимыми считались показатели $p < 0,05$.

Результаты. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) до референсного ОИМ зарегистрирована у 47 (29,4%) пациентов: у 30 (63,8%) мужчин и 17 (36,2%) женщин, стенокардия напряжения I-III ф.кл. – у 23 пациентов (48,9%), для 28 (59,6%) пациентов референсный ОИМ был повторным, у 7 (14,9%) – ранее выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 118 (73,4%), нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий (ФП) – у 14 (8,8%), мозговой инсульт (МИ) или транзиторная ишемическая атака – у 15 (9,4%) пациентов. До референсного ОИМ в поликлинике постоянно наблюдались 63 (39,4%) человека, 45 (28,1%) – посещали поликлинику нерегулярно, а 52 (32,5%) – не посещали совсем. У врача-кардиолога постоянно наблюдались только 11 (6,9%) человек, 88 (55%) больных были у врача за год и более до референсного ОИМ. На диспансерном учете по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) состояло только 18 человек (11,25%). Через год наблюдения с 4 пациентами был утерян контакт, 9 – умерли (6%), у 8 – развился повторный ОИМ, у 1 – МИ, 20 – были госпитализированы по поводу обострений ССЗ. Риск развития первичной ККТ увеличивался с возрастом (ОР=1,05; 95%ДИ 1,01-1,09, $p=0,02$). Пациенты, у которых была зарегистрирована ПКК, были более тяжелыми в отношении наличия и течения ССЗ до референсного ОИМ: у них чаще регистрировалось наличие анамнеза ИБС ($\chi^2=7,08$; $p<0,01$), проведение процедур ЧКВ ($\chi^2=7,38$; $p<0,01$), прием сердечно-сосудистых препаратов ($\chi^2=8,42$; $p<0,01$), прохождение диспансерного наблюдения ($\chi^2=5,23$; $p<0,05$) и наличие группы инвалидности ($\chi^2=19,16$; $p<0,001$). Наличие этих факторов достоверно увеличивало риск развития ККТ: анамнез ИБС (ОР=2,33; 95%ДИ 1,05-5,34, $p=0,04$), проведение процедур ЧКВ (ОР=9,84; 95% ДИ 2,02-48,06, $p=0,005$), прием сердечно-сосудистых препаратов (ОР=3,34; 95%ДИ 1,17-9,59, $p=0,025$), диспансерное наблюдение (ОР=3,48; 95%ДИ 1,18-10,23, $p=0,023$) и наличие группы инвалидности (ОР=4,37; 95%ДИ 1,82-10,46, $p=0,001$).

Выводы. Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими ОИМ, подтвердили повышение риска развития сердечно-сосудистых событий с увеличением возраста. В группе особого риска остаются пациенты с отягощенным анамнезом в отношении ССЗ до референсного события, в связи с этим такие пациенты нуждаются в более тщательном диспансерном наблюдении, грамотной и качественной вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений.

Коагуляционный гемостаз у больных системной красной волчанкой при проведении пульс-терапии

Масина И.В., Шилкина Н.П., Виноградов А.А., Замышляев А.В.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Цель исследования. Изучить влияние высоких доз глюкокортикостероидов и цитостатиков на клинико-гемостазиологические показатели у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. Обследовано 68 больных системной красной волчанкой, 18 из которых получали пульс-терапию глюкокортикостероидами и циклофосфаном по стандартной схеме. Все больные были женщины, средний возраст $35,6 \pm 1,6$ года. Критериями отбора для проведения пульс-терапии была высокая активность аутоиммунного процесса по шкалам SLAM, SLEDAI, ECLAM, поражение почек и центральной нервной системы. Исследование гемостазиологических показателей проводили до лечения, на 1-ый и 14-й день после пульс-терапии. Для оценки состояния коагуляционного звена гемостаза использовались методы: определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), тромбинового времени, протромбинового времени по Квику, концентрации фибриногена, растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК), Д-димера, активности антитромбина III, системы протеина С, активности фибринолитической системы крови.

Результаты. В первый день после проведения пульс-терапии имел место значительный и достоверный рост, практически в два раза, уровня РФМК ($5,97 \pm 0,25 \times 10^{-2}$ г/л и $9,18 \pm 0,21 \times 10^{-2}$ г/л, $p<0,01$) и фибриногена ($3,37 \pm 0,4$ г/л и $36,11 \pm 0,43$ г/л, $p<0,01$), а также угнетение спонтанного фибринолиза ($8,60 \pm 0,75\%$ и $4,28 \pm 1,56\%$, $p<0,05$), рост АПТВ ($107,19 \pm 5,27\%$ и $142,7 \pm 8,15$, $p<0,01$), тромбинового времени ($105,11 \pm 2,18\%$ и $128,63 \pm 5,14\%$, $p<0,01$). Значения концентрации ПДФ у всех пациентов по-прежнему превышали норму и были более 500 нг/мл. Со стороны системы естественных антикоагулянтов имела место тенденция к снижению активности как антитромбина III ($96,15 \pm 4,03\%$ и $88,03 \pm 13,06\%$, $p > 0,05$), так и протеина С ($1,157 \pm 0,06$ и $0,99 \pm 0,06$, $p>0,05$), хотя данные изменения не явились достоверными. Количество тромбоцитов, а также активность протромбина по Квику практически не изменились. К 14 дню после пульс-терапии концентрация РФМК достоверно снизилась по сравнению с исходной, хотя и продолжала превышать нормальные значения ($5,97 \pm 0,25 \times 10^{-2}$ г/л и $4,31 \pm 0,23 \times 10^{-2}$ г/л, $p<0,05$). Уровень фибриногена достиг первоначального показателя ($3,37 \pm 0,43$ г/л и $3,90 \pm 0,23$ г/л, $p > 0,05$) и также превышал данный показатель в группе контроля. Концентрация Д-димера у всех больных, получивших пульс-терапию, осталась выше нормы и через две недели. Значения АПТВ и ТВ практически вернулись к исходным ($107,19 \pm 5,27\%$ и $105,7 \pm 9,15\%$, $p>0,01$; $105,11 \pm 2,18\%$ и $109,65 \pm 5,04\%$, $p > 0,01$). Показатель активности протромбина по Квику достоверно увеличился ($98,17 \pm 1,99\%$ и $104,54 \pm 1,61\%$, $p < 0,05$). Отмечалась тенденция к росту спонтанного фибринолиза и активности антитромбина III. Со стороны системы протеина С отмечалось дальнейшее снижение активности, которое стало достоверным по сравнению с данным показателем до проведения пульс-терапии ($1,157 \pm 0,06$ и $0,87 \pm 0,03$, $p<0,05$). Уровень СОЭ и тромбоцитов по-прежнему достоверно не изменился, хотя со стороны СОЭ была тенденция к снижению. Анализируя динамику показателей плазменного гемостаза, можно констатировать, что в первые сутки после проведения пульс-терапии ГК и ЦТ происходила значительная дальнейшая активация свертывающей системы крови. При этом на фоне повышения концентрации РФМК и фибриногена наблюдалось удлинение времени в стандартных коагулологических тестах. У больных СКВ наблюдалась активация коагуляционного гемостаза на фоне снижения активности естественных антикоагулянтов и процессов

фибринолиза. У больных, получавших пульс-терапию на 1-е сутки после лечения наблюдался значительный рост тромбинемии, к 14-у дню происходило возвращение большинства показателей плазменного гемостаза к исходным на фоне снижения активности системы протеина С и роста активности антитромбина III.

Выводы. Исследование коагулологических параметров следует проводить всем больным СКВ, получающим пульс-терапию, так как существует угроза развития тромбозов у данных пациентов. Полученные данные свидетельствуют о необходимости назначения антикоагулянтов при применении высоких доз глюкокортикостероидов и цитостатиков.

О длительности применения колофорта при синдроме раздраженного кишечника

Матвеева И.В., Матвеев В.А.

*Рязанский государственный медицинский университет,
Семейная клиника, Рязань*

Введение. Изучалась клиническая эффективность колофорта у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в зависимости от длительности курса терапии.

Материалы и методы. 30 пациентам с СРК, 16 мужчинам и 14 женщинам, средний возраст которых составил 32,7 лет, назначался колофорт по 1 таблетке х 2 раза в день в течение 3-5 месяцев. Проводилась динамическая оценка абдоминального болевого синдрома, ощущения вздутия кишечника, нормализации стула (консистенции, тенезмов, чувства неполного опорожнения кишечника).

Результаты. К окончанию 3-х месячного курса терапии у 85% пациентов отмечены купирование болевого абдоминального синдрома, уменьшение вздутия кишечника, нормализация стула. Если курс терапии продолжался до 5 месяцев, то эффективность терапии наблюдалась у 92% пациентов. Выводы. Эффективность терапии колофортом у пациентов СРК повышается при увеличении длительности курса терапии - использовании препарата в течение 3-5 месяцев.

Сывороточный уровень фактора роста фибробластов-23 и гипертрофия левого желудочка у больных подагрой с наличием хронической болезни почек

Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н., Мишко М.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: определение взаимосвязи повышенной концентрации фактора роста фибробластов-23 (FGF-23) с гипертрофией левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с подагрой с начальными стадиями хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 130 мужчин с подагрой в возрасте от 35 до 52 лет: 85 пациентов со 2-4 стадией ХБП и 45 человек – с сохраненной функцией почек. Исследованы клинико-биохимические показатели, сывороточный уровень FGF-23 (набор HUMAN FGF-23 ELISA). Для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) использовался метод СКД-ЕР1 (мл/мин/1,72м²). Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) проводили по методике Американской ассоциации ЭхоКГ на аппарате «Atrida pro Toshiba» в 3 основных режимах (М-режим, В-режим и доплерЭхоКГ).

Результаты. У больных подагрой с наличием ХБП выявлено повышение активности FGF-23 на 29% по сравнению с больными с сохраненной функцией почек ($p < 0,001$). Наиболее высокий уровень FGF-23 отмечен в группе больных с 4 стадией ХБП (53 [43,1; 63,1] нг/мл, $p < 0,001$). Выявлена сильная прямая корреляция FGF-23 с уровнем СКФ ($r = 0,617$, $p < 0,001$), альбуминурией ($r = 0,391$, $p < 0,05$), содержанием С-реактивного белка ($r = 0,481$, $p < 0,001$) и сывороточным уровнем мочевой кислоты ($r = 0,374$, $p < 0,05$). Установлена связь изменений уровня FGF-23 с увеличением толщины задней стенки левого желудочка ($r = 0,552$; $p < 0,05$) и индексом массы миокарда ЛЖ ($r = 0,558$; $p < 0,001$).

Заключение. FGF-23 – ранний маркер прогрессирования ХБП и неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений у больных подагрой. FGF-23 независимо связан с параметрами, характеризующими наличие гипертрофии миокарда ЛЖ у пациентов с подагрой с наличием ХБП.

Особенности липидного спектра, функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и их лечение в условиях стационара

Медведева Т.В., Чижов П.А., Пегашова М.А.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Цель. Изучить некоторые клинические и лабораторные особенности у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и приверженность к стандартам лечения ХСН в условиях стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 144 историй болезней пациентов с ХСН (44 мужчин и 100 женщин) в возрасте от 41 до 87 лет (средний возраст 67,8±1,34 лет). В ходе анализа изучались антропометрические данные (вес, рост, индекс массы тела (ИМТ)), уровень общего холестерина (ОХ), липидный спектр, уровень креатинина крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурия (МАУ), результаты эхокардиографии. Изучили особенности терапии у пациентов с ХСН с разными стадиями и функциональными классами, а также приверженность врачей к современным стандартам лечения данной патологии.

Результаты. В зависимости от стадии ХСН больные были разделены на группы: I стадия ХСН – 20 пациентов (13,9%), IIA стадия 88 человек (61,1%) и IIB стадия 36 пациентов (25%). При этом пациентов с ФК I было 4 (2,8%), с ФК II – 101 (70,1%) и с ФК III – 39 (27,1%). Анализ антропометрических данных показал, что средний вес и ИМТ пациентов с ХСН I ст. достоверно меньше, чем у пациентов со IIB стадией ХСН (72,8±4,05 против 85,0±6,02 кг и 26,6±1,9 против 31,64±1,6 кг/м², соответственно). Уровень ОХ у пациентов с ХСН IIA стадии достоверно выше, чем у пациентов с ХСН I и IIB стадиями (5,92±0,32 ммоль/л против 4,16±0,01 и 4,37±0,3, соответственно). При этом уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) при IIA стадии достоверно выше, чем при IIB (1,52±0,06 ммоль/л против 1,30±0,07). Уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у пациентов с IIA стадией достоверно выше по сравнению с пациентами с ХСН I и IIB стадиями (3,54±0,22 ммоль/л против 2,17±0,18 и 2,24±0,33 соответственно). Вместе с тем статины чаще получали пациенты с ХСН IIB стадией (63,9%), тогда как пациенты с ХСН I стадии лишь в 20% случаев, а с ХСН IIA стадии в 28,4%. Уровень сывороточного креатинина, СКФ, МАУ достоверно не отличается у пациентов с ХСН I стадии и ХСН IIA стадии. Вместе с тем у пациентов с ХСН IIB стадии по сравнению с пациентами ХСН IIA, достоверно выше уровень креатинина (113,1±12,2 мкмоль/л против 88,36±6,7). Также у пациентов с ХСН IIB стадии достоверно выше

уровень МАУ ($0,25 \pm 0,1$ г/л против $0,04$ г/л), чем у пациентов с ХСН IIА и ниже скорость клубочковой фильтрации ($51,64 \pm 3,91$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ против $67,3 \pm 2,86$). Исследование показало, что фракция выброса достоверно снижается пропорционально нарастанию стадии ХСН ($64,2 \pm 3,53\%$, $55,1 \pm 1,7$ и $44,1 \pm 2,23$, соответственно). При анализе лечения данных пациентов ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (блокаторы АТ2) назначены у 134 больных (94,4%). Из них наиболее часто назначались лозартан – у 64 человек (47,76%), периндоприл – у 33 (24,63%), лизиноприл – у 24 (17,91%) и эналаприл – у 13 (9,7%). β -адреноблокаторы получали всего лишь 80 пациентов (55,56%), среди которых 48 пациента (60%) принимали метопролол, 25 человек (31,25%) – бисопролол и 7 пациентов (8,75%) – бетаксолол. Диуретики были назначены у 104 (72,22%) пациентов. Индапамид в виде монотерапии был прописан 40 пациентам (38,5%), гипотиазид – 30 (28,9%), верошпирон – 8 пациентам (7,7%), фуросемид – 12 (11,5%). Кроме того, 14 (13,4%) пациентов получали комбинированную мочегонную терапию. Среди препаратов других групп часто назначались блокаторы Са-каналов амлодипин – у 75 (52%) пациентов и дилтиазем – у 4 (2,8%) пациентов, агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин у 36 (25%), сердечные гликозиды (дигоксин) у 8 (5,6%) пациентов. Следует отметить, что терапию статинами получали лишь 52 человека (36,1%), однако в ходе данного этапа исследования природа ХСН (ишемическая, гипертензивная и т.д.) не изучалась.

Выводы. Исследование показало, что разные стадии ХСН имеют некоторые отличия лабораторных и инструментальных показателей. В условиях стационара не всегда соблюдаются национальные рекомендации по лечению пациентов с ХСН, в частности не все пациенты получают иАПФ или блокаторы АТ2, у необоснованно у малого числа пациентов применяются ингибиторы альдостерона. Вместе с тем эти группы препаратов улучшают прогноз у больных с ХСН.

Факторы сердечно-сосудистого риска во взаимосвязи с показателями сосудистой ригидности при проведении суточного мониторирования артериального давления в стратификации сердечно-сосудистого риска

Медведев И.В., Григоричева Е.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

В течение последних лет формируется возрастающий интерес к роли жесткости артерий в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Обусловленная повышенной жесткостью сосудов, отраженная волна является признанной детерминантой высокого артериального и пульсового давления. Жесткость сосудистой стенки имеет тесную связь с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью и включает такие клинические исходы, как инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, инсульт, деменция и хроническая почечная недостаточность. В связи с тем что традиционные шкалы риска могут недооценивать возможность возникновения сердечно-сосудистых осложнений, определение жесткости артерий имеет большую прогностическую ценность наряду с классическими факторами риска.

Цель исследования. Определить взаимосвязь факторов сердечно-сосудистого риска и показателей сосудистой ригидности при проведении суточного мониторирования артериального давления.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 75 пациентов (23(30,6%), мужчин и 52 (69,4%) женщин. Клиники ЮУГМУ

в возрасте $56 \pm 11,0$ лет. Исследуемым был проведен весь спектр исследований согласно клиническим рекомендациям по диагностике гипертонической болезни в том числе определение сосудистой ригидности проводилось путем измерения артериального давления на плечевой артерии осциллометрическим методом на аппарате VPlab (производитель «Петр Телегин») с последующим расчетом жесткости сосудистой стенки. Результаты исследования. Исследование показало: средний возраст исследуемых – $56 \pm 11,0$ лет. Средние антропометрические показатели: ср ИМТ $29,0 \pm 6,2$. Обхват талии $102 \pm 9,1$. Среди факторов сердечно-сосудистого риска преобладали: курение 48%, употребление алкоголя 67%, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям – 84%. Средний % риска по шкале относительного сердечно-сосудистого риска SCORE $-3,7 \pm 1,2$ 50% исследуемых имели умеренный риск. Средний уровень общего холестерина $-5,2 \pm 0,9$ ммоль/л. Средняя рСКФ по формуле СКД-ЕП-73, $6 \pm 12,0$ мл/мин/ $1,73$. Комплекс интима-медиа ср $-0,85 \pm 0,3$. ср ИММЛЖ – $131,6$ г/м². При проведении суточного мониторирования артериального давления ср сут. САД – $132,2 \pm 20,3$, ср. скорость распространения пульсовой волны $118,1 \pm 24,2$, ср. время распространения пульсовой волны в аорте $8,4 \pm 4,0$, ср. индекс аугментации – $-11,1 \pm 22,1$, ср индекс аугментации в аорте – $30,0 \pm 10,2$ 30% исследуемых отнесены в группу «нон-дипперы», что имело сочетание с повышенной жесткостью сосудистой стенки.

Выводы: 1. Показатели контурного анализа пульсовой волны ассоциировались со следующими факторами риска сердечно-сосудистых осложнений: повышенным уровнем холестерина, возрастом, курением, повышенным систолическим артериальным давлением, отягощенным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям, гипертрофией левого желудочка. 2. Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между показателями контурного анализа пульсовой волны (средним временем распространения пульсовой волны, скоростью распространения пульсовой волны в аорте) и баллами по SCORE, толщиной интимы медиа и индексом массы миокарда левого желудочка. 3. При проведении суточного мониторирования артериального давления замечена положительная корреляционная связь по типу снижения артериального давления и показателей артериальной ригидности.

Изменение индивидуального восприятия времени человеком при обострении хронической сердечной и цереброваскулярной недостаточности на фоне лечения

Михайлис А.А.

Пензенский государственный университет, Нижнеломовская Межрайонная больница Пензенской области, Пенза

Нарушения мозгового и коронарного кровообращения являются главными причинами смертности и инвалидизации населения индустриально развитых стран. Ведущую роль в этиопатогенезе инфарктов и инсультов играет стресс, вызванный воздействием разнообразных факторов внутренней и внешней среды. Активация стресс-индуцирующей системы (СИС), помимо всего, вызывает искажение биоритмологического «портрета» организма, влияя на индивидуальное восприятие времени (ИВВ) человеком. Остается недостаточно изученным вопрос о степени, направленности и обратимости изменения ИВВ человеком при развитии угрожающего состояния (критического, экстремального, терминального), что связано с влиянием множества факторов различного порядка: тяжесть состояния, введение хронотропных лекарственных средств,

этические моменты. Однако в ряде случаев обострение хронической стресс-ассоциированной сердечно-сосудистой патологии не вызывает тяжелых расстройств общего состояния пациента, не требует его госпитализации, что позволяет на месте вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи (СинМП) оценить возникающие при этом изменения ИВВ. В более ранних работах мы исследовали изменение ИВВ при обострении гипертонической болезни и нейроциркуляторной дистонии.

Целью настоящей работы явилось изучить изменения ИВВ на фоне обострения хронического нарушения мозгового кровообращения (ХНМК) и хронической ИБС и влияние СинМП на данные изменения.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, обратившиеся за СинМП по поводу: 1) невыраженного усиления симптоматики ХНМК 1-2 стадии без признаков ОНМК; 2) невыраженного усиления симптоматики ХСН на фоне ХИБС без признаков острой декомпенсации или острой коронарной недостаточности. В каждой группе было по 100 человек, поровну обоего пола, группы были сформированы методом простой рандомизации. В целом группа была представлена пациентами от 18 до 97 лет. Неотложная помощь оказывалась в соответствии с утвержденными порядками, стандартами и общепринятыми клиническими рекомендациями, с учетом индивидуальных особенностей пациентов. ИВВ оценивалось в тесте «индивидуальной секунды» (ИС) – пациенту предлагается отмерить путем счета 100 или 50 секунд, при этом секундомер фиксируется то время, за которое испытуемый проделывает данное действие. Отклонение в ту или иную сторону при счёте до 100 указывается в процентах (в случае счёта до 50 – умножается на 2). Вместе с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство (в соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ...») в карте вызова пациенты подписывали и согласие на участие в научном исследовании. Тест проводился двукратно – непосредственно перед приемом препаратов в процессе объективного обследования и через 30 минут. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 и применением корреляционного анализа.

Результаты. Во всех подгруппах у пациентов отмечено укорочение ИС на 5-20%. Укорочение ИС до 15-20% ($p < 0,001$) было более заметно у пациентов с более выраженной невротической симптоматикой, с ЧСС выше 90/минуту и САД выше 140 мм рт.ст., ЧДД более 18/мин. Регресс симптомов основного заболевания сопровождался увеличением ИС на 5-35%, по сравнению с исходными значениями ($r = 0,8$; $p < 0,001$). Более выраженный сдвиг в ИВВ при ХНМК имел место при дополнительном назначении, помимо глицина, ацетилсалициловой кислоты и семакса, какого-либо из препаратов с выраженной центральной стресс-лимитирующей активностью (мексидол или его аналог, магния сульфат, феназепам или его аналог), что говорит об их активном вмешательстве в работу нейрональных структур, регулирующих функционирование «биологических часов» организма. При обострении ХИБС аналогичный сдвиг отмечался у пациентов с преобладанием систолической дисфункции по левому типу, что может быть обусловлено дополнительным вкладом фактора респираторной гипоксии в активацию СИС.

Выводы. 1. Активация СИС при обострении ХНМК и ХИБС приводит к изменению ИВВ человеком в виде укорочения теста «индивидуальной секунды», что отражает ускорение хода «биологических часов» организма. 2. Степень укорочения ИС прямо пропорциональна степени активации СИС. 3. Снижение активности СИС (усиление активности стресс-лимитирующей системы) в результате оказания СинМП характеризуется обратной динамикой ИВВ, проявляясь регрессом симптоматики и удлинением ИС. 4. Обратная динамика ИВВ тем более выражена, чем больше был выражен изначальный дисбаланс между стресс-системами.

Изучение особенностей течения и распространенности внебольничной пневмонии в зависимости от условий труда

Михайлова О.Д., Бибанаев П.А., Григус Я.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

В Удмуртской республике заболеваемость пневмонией в последние годы имеет тенденцию к росту и превышает показатели Российской Федерации (531,6 на 100 тысяч населения и 420,7 на 100 тысяч населения соответственно). Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) зависит от многих факторов, в том числе от условий труда человека (экология рабочего места, характер труда, психоэмоциональные факторы). Работа в закрытых помещениях может способствовать распространению возбудителей пневмонии. Немаловажное значение играет и контакт с больными людьми, которого порой избежать не предоставляется возможным.

Целью работы явилась оценка распространенности ВП среди пациентов терапевтического отделения, имеющих различные профессии.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни всех работающих пациентов терапевтического отделения городской клинической больницы г. Ижевска, госпитализированных по поводу ВП в течение 2016-17 гг. (239 человек). Согласно профессиям пациентов, больные были разделены на основе классификации Климова Е. А. (1970 г.) на группы со следующими условиями труда: 1) работа в условиях микроклимата, близких к бытовому, «комнатным» (преимущественно умственный труд); 2) работа, связанная с пребыванием на открытом воздухе или в большом открытом помещении в любую погоду (преимущественно физический труд); 3) работа в необычных условиях без предполагаемого контакта с больными людьми (смешанный труд); 4) работа в условиях предполагаемого контакта с больными людьми. Результаты: Среди пациентов преобладали мужчины: 130 человек (54,6%). Наибольшей оказалась 1 группа - 98 человек (41,2%) – инженеры, менеджеры, директора. 2 группа (в ней были больные с профессиями грузчик, монтажник, рабочий) состояла из 93 пациентов (39%). 4 группу составили 34 человека (14,2%) – медсестры, учителя, продавцы, 3 группа была самой малочисленной, она состояла из больных с профессией водитель и машинист (14 пациентов, 5,9%). Чаще ВП встречалась у больных с профессиями инженер и начальник/руководитель отдела – по 19 человек (7,9%) соответственно. При преобладании ВП средней степени тяжести в группах несколько отличалась локализация ВП: в 1-й и 2-й группах преобладали больные с правосторонней ВП – 47% (51 больной) и 54% (49 больных) соответственно; в 3-й и 4-й группе – больные с левосторонней ВП – 61% (8 больных) и 43% (9 пациентов). Двусторонняя локализация пневмонии была у 14% больных 1-й группы и 15% – 4-й группы, из них у 20% и 16,7% соответственно выявлено тяжелое течение заболевания. Большинство больных было в возрасте от 25 до 44 лет – 46,2% (110 больных); 37% (88 больных) – от 44 до 60 лет, 10,9% (10 пациентов) старше 60 лет и 8,9% (8 больных) до 25 лет. В 1-й и 2-й группах преобладали больные молодого (25-44 года), в 3-й – зрелого (45-60 лет) возраста, в 4-й группе пациенты этого возраста встречались одинаково часто. Пожилые пациенты в 3-й группе отсутствовали. Важно, что ни один пациент не был привит от гриппа. Заключение: ВП чаще болеют лица молодого возраста, работа которых связана с физическим трудом; ВП у людей, имеющих контакт с больными, развивается в зрелом возрасте, имеет большую распространенность и протекает тяжелее. Это необходимо учитывать врачам первичного звена при разработке профилактических мероприятий.

Почечная дисфункция и артериальная жесткость у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями

Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В.

Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, Кыргызско-Российский Славянский университет
им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины, Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова, Бишкек, Кыргызстан; Москва

Цель исследования. Анализ и взаимосвязь почечной дисфункции с параметрами артериальной жесткости (АЖ) у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ).

Материалы и методы. Методом сплошной выборки в исследование включены 79 пациентов в возрасте от 40 до 88 лет (средний возраст $62,9 \pm 10,3$ года) с различными типами ЦВЗ: мозговые инсульты в анамнезе у 14 (17,7%) и у 65 (82,3%) – наличие дисциркуляторной энцефалопатии. В 49,3% случаев ЦВЗ ассоциировались с наличием ишемической болезни сердца, 13% – сахарным диабетом, 66% – гипертонической болезнью и 14% – хронической обструктивной болезнью легких. Исследование одобрено этическим комитетом КГМА им. И.К. Ахунбаева. В зависимости от наличия почечной дисфункции [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин] все обследованные пациенты с ЦВЗ были распределены на 2 группы: 1) лица с ЦВЗ без нарушения почечной функции ($n=42$); 2) лица с ЦВЗ с наличием почечной дисфункции ($n=37$). Всем обследованным выполнялось общеклиническое обследование с оценкой липидного спектра [общий холестерин (ХС), ХС липопротеинов высокой плотности, ХС липопротеинов низкой плотности, триглицериды (ТГ)], мочевой кислоты и цистатина С плазмы крови. Для оценки почечной функции рассчитывали СКФ на основе содержания цистатина С плазмы крови по формуле F.J. Ноек и соавт. (2003 г). Оценку содержания липидов и липопротеинов плазмы крови проводили в соответствии с критериями Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по диагностике и лечению дислипидемий, согласно которым повышенными уровнями общего ХС (гиперхолестеринемия) и ТГ (гипертриглицеридемия) считаются их содержание $\geq 5,0$ ммоль/л и $\geq 1,7$ ммоль/л, соответственно. С учетом общепринятых рекомендаций диагностировали также ожирение и гиперурикемию. Исследование параметров АЖ и центрального артериального давления (ЦАД) проводили на аппарате «АнгиоСкан-01» (ООО «АнгиоСкан-Электроникс», Россия) в соответствии с требованиями по подготовке испытуемого и процедуре проведения тестов. При этом были проанализированы такие параметры АЖ как индекс аугментации (AIP) и жесткости (SI), альтернативный индекс жесткости (aSI), индекс отражения (RI), индекс увеличения при частоте пульса 75 в мин (ЧП=75) (AIP 75), длительность пульсовой волны (PD) и амплитуда пульсовой волны (PWA). Дополнительно всем пациентам выполнялось исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий (СА) на ультразвуковом сканере Vivid-Q по общепринятой методике. Статистический анализ полученных данных осуществлялся при помощи программного пакета Statistica 10.0.

Результаты. Исходно пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу. При анализе факторов нефро-церебрального риска, наличие повышенного ЦАД отмечалось у 14 (33,3%) и 18 (48,6%) пациентов 1-й и 2-й группы соответственно, $p=0,07$; ожирения – у 16 (38,0%) и 14 (37,8%), $p=0,10$; гиперхолестеринемии – у 14 (33,3%) и 13 (35,1%), $p=0,78$; дислипидемии – у 16 (38,0%) и 18 (48,6%), $p=0,46$; гипертриглицеридемии – у 10 (23,8%) и 23 (62,1%), $p=0,00$; гиперурикемии – у 9 (21,4%) и 24

(64,8%), $p=0,00$. Наличие стенозирующих атеросклеротических бляшек в СА обнаружено у 24 (57,1%) пациентов 1-й группы и 30 (81,0%) – 2-й группы ($p=0,02$). В группе пациентов ЦВЗ + почечная дисфункция выявлялось наличие тесной отрицательной корреляционной взаимосвязи между величиной индекса жесткости и расчетной СКФ ($r=-0,45$; $p=0,01$). Прямая значимая связь отмечалась между концентрацией цистатина С и величиной индекса жесткости ($r=0,49$; $p=0,00$). В общей группе обратная корреляционная связь прослеживалась между расчетной СКФ и толщиной КИМ ($r=-0,29$; $p=0,03$) – с одной стороны и положительная взаимосвязь между содержанием мочевой кислоты и цистатином С плазмы крови ($r=0,33$; $p=0,01$) – с другой.

Заключение. У пациентов с цереброваскулярными заболеваниями наличие почечной дисфункции ассоциируется с повышением артериальной жесткости. Увеличение концентрации цистатина С плазмы крови и снижение СКФ сопровождаются утолщением интима-медиа сонных артерий и ростом содержания мочевой кислоты крови.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании «почечных» факторов нефро-церебрального риска у пациентов с ЦВЗ при наличии ренальной дисфункции, что, в свою очередь, позволяет выработать дифференцированную стратегию вторичной нефро- и церебропрофилактики.

Динамика показателей интерферонового статуса у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне пневмокозиозов в сочетании с вегето-сенсорной полинейропатией в периоде медицинской реабилитации

Мякоткина Г.В., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский университет
им. святителя Луки, Луганск

По данным современной медицинской статистики экологически неблагоприятного крупного промышленного региона Донбасса, с высоким уровнем загрязнения окружающей среды ксенобиотиками, среди взрослого населения существенно увеличивается распространенность неалкогольного стеатогепатита (НАСГ). Кроме того, в сфере угольной промышленности региона Донбасса в настоящее время пневмокозиоз занимает одно из центральных мест среди профессиональных заболеваний. Нередко у жителей Донбасса к социальной недостаточности приводят и хронически протекающие невропатии токсической этиологии. Цель исследования – изучение состояния показателей интерферонового статуса у больных с НАСГ на фоне пневмокозиозов с вегето-сенсорной полинейропатией (ВСП) в динамике лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 96 мужчин с НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП в возрасте от 28 до 59 лет, которые работают в условиях шахтного производства. Пациенты были распределены на две группы с рандомизацией по возрасту, полу и частоте обострения НАСГ, а также степени пневмокозиоза – основную – 47 человек (49%) и сопоставления – 49 человек (51%). Диагноз НАСГ был выставлен в соответствии с методическими рекомендациями РФ «Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени». Диагноз пневмокозиоза был выставлен задолго до проведения исследования с учетом наличия профмаршрута (трудоустройство более 10 лет), постоянного контакта с вредным производственным фактором, наличие патомомоничных изменений на рентгенограмме органов грудной клетки, изменение показателей спирометрии. Пациенты обеих групп на фоне диеты №5 следовали общепринятым схемам медицинской

реабилитации, а именно: дезинтоксикационная терапия, растительные гепатопротекторы и витамины. В соответствии с целью исследования пациенты основной группы дополнительно получали гепатопротектор фосфоглив по 2 капсулы 3 раза в день первые 2 недели, а затем по 1 капсуле 3 раза в день до 30-40 дней, а также иммуномодулятор эрбисол по 2 мл в/м 1 р/сут. в течение первых 3х суток, затем по 2 мл 2 р/сут. еще 5 суток, и по 2 мл 1 р/сут. в течение последних 7-ми суток, как иммуностимулирующее средство. изучали показатели интерферонового статуса: активность сывороточного интерферона (СИФ) и концентрацию α -ИФН и γ -ИФН в крови проводили методом ИФА на оборудовании с использованием тест- систем.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных иммунологических исследований до начала лечения в амбулаторных условиях было установлено наличие однопипных нарушений интерферонового статуса крови у больных НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП, которые характеризовались снижением показателей системы интерферона. Суммарно активность сывороточного интерферона (СИФ) была в 2,04 раза ниже нормы в основной группе, а в группе сопоставления - в 1,9 раза ниже. В отношении α -ИФН, до начала лечения его уровень был в среднем в 1,42 раза ниже нормы в основной группе, а в группе сопоставления - в 1,39 раза. Концентрация γ -ИФН в сыворотке крови лиц основной группы была сниженной относительно соответствующего показателя нормы в среднем в 1,39 раза, у лиц группы сопоставления - в 1,46 раза. При проведении иммунологического исследования после завершения лечения установлено выраженное положительное влияние предложенной терапии на интерфероновый статус больных с НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП. При этом активность СИФ и концентрации α -ИФН и γ -ИФН достоверно возросли и достигли нижней границы нормы для соответствующих показателей. Применение только общепринятой терапии у пациентов группы сопоставления также положительно влияло на интерфероновый статус крови больных, но все же не обеспечивало полноценного восстановления показателей системы интерферона, а именно отмечалось достоверное уменьшение активности СИФ, а также содержания α -ИФН и γ -ИФН.

Заключение. Таким образом, включение комбинации препаратов фосфоглива и эрбисола в комплекс лечения больных с НАСГ на фоне пневмокозиозов с ВСП способствует практически полной нормализации изученных показателей интерферонового статуса.

Применение гликозамингликан-пептидных комплексов у коморбидных пациентов с обострением хронической боли при остеоартрите коленных суставов

Наумов А.В., Ховасова Н.О.

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

Цель: оценить эффективность, сроки наступления обезболивания и безопасность применения гликозамин-пептидного комплекса (ГПК) у коморбидных пациентов с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Материалы и методы: в результате скрининга из 82 пациентов отобрано 50 с ОА 2 и 3 рентгенологических стадии по Kellgren-Lowrence (36 и 14 пациентов соответственно) и коморбидной патологией. Мужчин было 13, женщин – 37, средний возраст 58,42±8,4 лет. Длительность ОА составила в среднем 8,1±5,2 лет, а интенсивность боли 63,6±17,5 мм по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Все пациенты имели коморбидные заболевания. Чаще встречались: артериальная гипертония - 31 (62%), ожирение – 25

(50%), сахарный диабет – 4, фибрилляция предсердий – 3, заболевания щитовидной железы – 15, ДГПЖ – 7. В среднем у одного пациента с ОА наблюдалось 2,7±1,2 заболеваний, индекс коморбидности по Чарльсон составил 1,65±0,92. Пациентам был назначен ГПК внутримышечно в дозе: 0,3 мл в 1-ый день, 0,5 мл в 3-ий день и с 5 по 50 день (через день) по 1 мл, суммарно – 25 инъекций. На фоне терапии оценивались следующие параметры: динамика боли по ВАШ, динамика индекса WOMAC, скорость наступления обезболивающего эффекта, динамика индекса качества жизни EuroQol-5D, динамика провоспалительных маркеров (С-реактивный белок (СРБ), СОЭ). Для анализа безопасности терапии исследовались показатели общего анализа крови, глюкоза крови натощак, АСТ, АЛТ, креатинин, СКФ, частота нежелательных явлений. После окончания терапии визиты осуществлялись в 90 и 180 дни.

Результаты: среди включенных пациентов «ответчики» на проводимую терапию составили 43 (86%). К концу курса терапии интенсивность болевого синдрома уменьшилась на 43,2%, к 90-у дню – на 61,1%, к 180 – на 66,9% (по отношению к первоначальному значению интенсивности боли на старте). Степень функциональной недостаточности (по WOMAC) уменьшилась на 42,3% к 50-му дню наблюдения, на 59,4% и 65,7% к 90 и 180 дню соответственно. Наступление эффективного обезболивания констатировано к 25,5±11 дню. 11 пациентов (22%) этого эффекта достигли в первые 10 дней терапии. Качество жизни возросло с 52,5 баллов до 67,9 (50 день), затем до 73,1 баллов (90 день, $p<0,05$) и достигло 74,7 баллов (180 день, $p<0,05$). В динамике маркеры системного воспаления к 50 дню уменьшились: СРБ на 54%, СОЭ на 43%. За срок наблюдения показатели общего анализа крови и биохимические показатели не претерпели значимых изменений, нежелательных явлений зарегистрировано не было. Заключение: применение терапии ГПК у коморбидных пациентов эффективно снижает интенсивность болевого синдрома, в сроки, сопоставимые с НПВП, что расширяет функциональные возможности коленного сустава и приводит к повышению качества жизни. Терапия ГПК является патогенетически обоснованной, так как на ее фоне снижается концентрация неспецифических маркеров воспаления. Метаболическая нейтральность препарата, отсутствие нежелательных явлений свидетельствует о безопасности, что особенно важно у коморбидных пациентов.

Возможности интермиттирующей схемы парентерального введения хондроитин сульфата и глюкозамина сульфата при рецидиве хронической боли в суставах у коморбидных пациентов с остеоартритом

Наумов А.В., Ховасова Н.О.

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

Цель: оценить эффективность и безопасность интермиттирующей схемы парентерального введения (ИСПВ) хондроитин сульфата (ХС) и глюкозамин сульфата (ГС) при рецидивах хронической боли в суставах.

Материалы и методы: из 118 больных с остеоартритом (ОА), участвовавших в скрининге, в исследование были отобраны 70 пациентов с 2-й и 3-й рентгенологической стадией ОА, рандомизированных на две равные группы методом случайных чисел. В I группе мужчин было 11, женщин – 24, средний возраст 52,7±4,5 лет. Длительность ОА составила в среднем 6,5±3,2 лет, а интенсивность боли 60,2±11,9 мм по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Во II группе мужчин было 12, женщин – 23, средний возраст 54,6±9,3 лет. Длительность ОА составила в среднем 5,4±4,2 лет, а интенсивность

боли 69,7±12,8 мм по ВАШ. Пациентам I группы была назначена ИСПВ ХС 2,0 через день № 20 и ГС 3,0 через день №20. Пациентам II группы рекомендована терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) с учетом их фармакологического анамнеза: кетопрофен-7 случаев; лорноксикам – 8; диклофенак – 10; ибупрофен – 8; парацетамол (до 3 г в сутки) – 2, длительностью до достижения обезболивающего эффекта. Совместно с НПВП рекомендовался прием ингибиторов протонной помпы. Для изучения эффективности и безопасности ИСПВ ХС и ГС при рецидивах хронической боли в суставах определялись следующие показатели: процент ответивших на терапию, оцененных по редукции боли (нивелирование боли на 50% и более), динамика боли по ВАШ, продолжительность рецидива боли, число больных потребовавших дополнительных интервенций для обезболивания, динамика индекса WOMAC, изменения качества жизни, метаболические эффекты на основные биохимические параметры, динамика С-реактивного белка (СРБ) и частота нежелательных явлений. Результаты: к 10 дню терапии отмечалось снижение интенсивности боли в обеих группах: на 25,7% и 16,5% соответственно. К концу 6 недели терапии у пациентов I группы получены достоверно большие результаты нивелирования боли в суставах (с 60,2 до 22,9 мм ВАШ, $p < 0,05$), в сравнении с контрольной группы (с 69,7 до 42,4 мм ВАШ, $p < 0,05$). Средний срок отмены НПВП у пациентов II группы произошел, в среднем, на 17,6±4,7 день. А процент ответивших на терапию составил 62,9%. К концу 6 месяца наблюдения интенсивность по ВАШ в I группе – 10,1 мм, во II группе – 5,6 мм. Степень функциональной недостаточности суставов уменьшилась на 62,1% в I группе и 35,3% во II ($p < 0,05$ для обеих групп) к 6 неделе, а к 6 месяцу в I группе – на 91,9%, во II – на 23,6% ($p < 0,05$ для обеих групп). Оценка качества жизни показала, что прирост общего показателя у пациентов I группы составил 39,1%, тогда как во II группе – 8,2% ($p < 0,05$) к 6 месяцу исследования. В динамике у пациентов I группы концентрация СРБ к 40 дню уменьшилась на 25,5% ($p < 0,05$). За срок наблюдения показатели общего анализа крови и биохимические показатели значимо не изменились, нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности ИСПВ ХС и ГС, что позволяет рекомендовать широкое внедрение данного метода терапии рецидива хронической боли в рутинную клиническую практику.

Коморбидная патология у больных с острым коронарным синдромом в гендерном аспекте

Наумова О.А., Эфрос Л.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

Актуальность. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ишемическая болезнь сердца является одной из основных причин смертности (до 53%) в индустриально развитых странах. В настоящее время наличие одного заболевания встречается достаточно редко, особенно у пациентов более старшего возраста. Сопутствующая патология может повлиять на клинику течения острого коронарного синдрома, что обуславливает сложность диагностики, рост затрат на лечение, реабилитацию.

Цель исследования – изучить особенности коморбидной патологии у больных с острым коронарным синдромом с учетом пола и возраста. Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 1079 пациентов с острым коронарным синдромом, прошедших лечение в

отделении кардиологии № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в 2015 году. Диагноз острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСснСТ) имели 417 (38,6%) пациентов; острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбпСТ) – 162 (15,0%) пациента; нестабильная стенокардия (НС) – 452 (41,0%) пациента. Из них 704 (65,2%) мужчины и 375 (34,8%) женщины. Средний возраст всех пациентов составил (61,9 ± 11,9) года, у мужчин – (58,9 ± 11,9) года, у женщин – (67,6 ± 12,0) года. Все больные, вошедшие в исследование, были распределены по возрастным группам в соответствии с МКБ-10 (моложе 34, 35–44, 45–54, 55–64 и старше 65 лет). Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 20.0).

Результаты и обсуждение. Согласно результатам проведенного нами исследования, мужчины были госпитализированы чаще, чем женщины ($p = 0,009$). У мужчин чаще диагностировался ОКСснСТ, у женщин – нестабильная стенокардия. Достоверных различий по частоте встречаемости ОКСбпСТ не было. С учетом возраста, как у мужчин, так и у женщин, острый коронарный синдром развивался чаще в возрасте 55–64 лет, независимо от его клинической формы. Среди 1079 пациентов было выявлено 2180 заболеваний. На одного больного пришлось 2,1 заболевания из всей группы исследованных больных. У пациентов с ОКСснСТ встречалось 817 заболеваний, с ОКСбпСТ – 371 заболевание, с НС – 992 заболевания. Среди всех сопутствующих заболеваний по частоте встречаемости первое место занимают болезни системы кровообращения (БСК) (47,6%), второе – болезни эндокринной системы (БЭС) (22,5%), на третьем месте – болезни органов пищеварения (БОП) (11,8%). В группе БСК чаще наблюдалась артериальная гипертензия (АГ), которая достоверно чаще встречалась у больных с ОКСснСТ (91,3%) и НС (88,2%). Среди заболеваний эндокринной системы следует выделить сахарный диабет 2 типа, который чаще встречался у больных с ОКСснСТ (52,8%), и ожирение – чаще наблюдалось у больных с НС (49,0%). Достоверно чаще встречался гастрит ($p = 0,04$) у больных с НС, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки ($p = 0,03$) в группе больных с ОКСснСТ. С учетом пола, АГ чаще встречалась как у мужчин, так и у женщин при всех клинических формах ОКС. Имеются отличия только в возрастных группах – у женщин частота встречаемости АГ с возрастом увеличивается, в то время как у мужчин наблюдается обратная тенденция. По результатам нашего исследования, сахарный диабет 2 типа чаще наблюдался у мужчин, независимо от клинической формы ОКС. Наиболее часто встречаемая возрастная группа – 65–74 лет (30,7%) как у мужчин, так и у женщин среди всех клинических форм ОКС. Болезни органов пищеварения чаще наблюдаются в возрасте 65–74 лет (31,8%), независимо от пола и клинической формы ОКС. Частота заболеваемости органов пищеварения выше у мужчин. Вывод. Сопутствующая патология утяжеляет течение основного заболевания, увеличивая время на постановку диагноза и сроки дальнейшего лечения.

Коморбидность и 12-месячная выживаемость кардиоваскулярных больных по данным амбулаторно-поликлинического регистра города Рязани

Низов А.А., Сучкова Е.И., Климова Т.А., Леонова М.В., Головачева Н.И.

Рязанский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №11, Рязань

Цель исследования. Изучить коморбидность кардиоваскулярных больных амбулаторного звена в городе Рязани. Оценить качество назначаемой

гиполипидемической, антитромбоцитарной и гипотензивной терапии. Проанализировать 12-месячную выживаемость пациентов, включенных в исследование; сравнить выживших и умерших больных по клинико-демографическим параметрам.

Методы исследования. Проведен одномоментный ретроспективный анализ 1000 амбулаторных карт кардиоваскулярных больных города Рязани, посетивших врача терапевта в 2016 г.; изучена выживаемость больных в течение 12 последующих месяцев. Материал статистически обработали, достоверными считали различия при значениях $p < 0,05$.

Полученные результаты. В исследовании приняли участие 616 женщины и 384 мужчины, средний возраст составил $64,3 \pm 12,3$ года. Коморбидность достигала 91%, число интеркуррентных заболеваний нарастало с увеличением возраста больных. Наиболее часто встречались различные варианты сочетания сердечно-сосудистых заболеваний. Все пациенты страдали гипертонической болезнью (ГБ); в 42,7% случаев она сочеталась с хронической сердечной недостаточностью (ХСН); в 47% – с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХСН. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) встречался у 9,4% больных, мозговой инсульт (МИ) – у 8,4%, фибрилляция предсердий (ФП) – у 8,6%, хроническая болезнь почек (ХБП) – у 13%, ожирение – у 18,6%, язвенная болезнь – у 7,8%, онкологические заболевания – у 5,7%, хроническая обструктивная болезнь легких – у 3,9%. Среди больных, страдающих ХБП, в сравнении с пациентами с сохраненной функцией почек, достоверно чаще зарегистрированы ИБС (85%; $n=108$ и 33%; $n=287$ случаев соответственно), ПИКС (15,4%; $n=20$ и 8,5% $n=74$) и МИ (16,2%; $n=21$ и 3,6%; $n=31$). Нарушения углеводного обмена выявлены у 33,6% пациентов (сахарный диабет (СД) – у 20,9%). Состояние гипергликемии ассоциировалось с ИБС в 53,9% ($n=181$) случаев, нормогликемии – в 43,3% ($n=288$). Доказательно чаще ожирением страдали больные с нарушениями углеводного обмена, нежели пациенты с нормальными значениями гликемического профиля (38,7%; $n=130$ и 8,4%; $n=56$ случаев соответственно). Статины получали 50,6% больных, но цифр общего холестерина менее 5,0 ммоль/л достигли только 31,6%. Антиромбоцитарные лекарственные средства были назначены 40,6% пациентов. Значения артериального давления менее 140/90 мм рт.ст. зарегистрированы у 39,3% обследованных; в большинстве случаев было рекомендовано к приему три гипотензивных лекарственных средства. Через 12 месяцев удалось установить жизненный статус у 982 больных; в процессе наблюдения умерли 28 женщин и 4 мужчины. Группа умерших была достоверно старше выживших в среднем на 12,9 лет. В ходе анализа причин смерти установлено, что у 62,6% ($n=20$) пациентов причиной смерти стали сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания; в частности, ПИКС – в 12,5% ($n=4$) случаев, острая коронарная смерть – в 6,3% ($n=2$), мелкоочаговый кардиосклероз – в 12,5% ($n=4$). От отека головного мозга и хронической ишемии головного мозга умерли 25% ($n=8$) больных, от МИ – 6,3% ($n=2$). У 15,5% ($n=5$) пациентов смерть наступила вследствие онкологических заболеваний, у 9,4% ($n=3$) – СД. От старости и других более редких причин погибли 12,5% ($n=4$) больных. У погибших пациентов по сравнению с выжившими статистически значимо чаще регистрировались ИБС – 87,5% ($n=28$) случаев против 46,1% ($n=438$) среди выживших, ПИКС – 21,9% ($n=7$) против 9,2% ($n=87$), МИ – 21,9% ($n=7$) против 8,1% ($n=77$), СД – 31,3% ($n=10$) против 20,8% ($n=198$), ФП – 28,1% ($n=9$) против 8,1% ($n=77$), ХБП – 37,5% ($n=12$) против 12,3% ($n=117$) и онкологические заболевания – 15,6% ($n=5$) против 5,5% ($n=52$).

Выводы. Среди больных кардиоваскулярного континуума широко распространена коморбидность, при этом ее частота нарастает с возрастом, а наиболее частыми вариантами являются различные сочетания сердечно-сосудистых заболеваний. Клиницистами города Рязани на этапе амбулаторного лечения не в полной мере соблюдаются

клинические рекомендации. В группе умерших пациентов чаще встречаются ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, мозговой инсульт, хроническая болезнь почек, сахарный диабет, фибрилляция предсердий и онкологические заболевания. Полученные результаты нацеливают на разработку новых стратегий по борьбе с кардиоваскулярными заболеваниями.

Новые технологии реабилитации больных ишемической болезнью сердца после острого коронарного синдрома и эндоваскулярных вмешательств

Никифорова Т.И., Князева Т.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии, Москва

Цель работы в научной разработке и усовершенствовании немедикаментозных технологий реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после перенесенных острого коронарного синдрома (ОКС) и эндоваскулярных вмешательств.

Методы исследования и лечения. Научно-клиническое рандомизированное, сравнительное исследование включало 250 больных ИБС, перенесших ОКС и/или эндоваскулярные вмешательства. Больные были обследованы с помощью стандартной ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ и психологических тестов САН и Спилбергера, которые проводили до- и после курса реабилитации. Полученные результаты статистически обрабатывали. Случайным методом больные были рандомизированы на 2 группы: 1-я (180 человек) получала комплексную технологию с включением усиленной наружной контрпульсации (УНКП), общих кремнистых ванн повышенной концентрацией кремниевой кислоты 150 мг/л и матричную (10 диодную) лазерную терапию по кардиальной методике; 2-я, группа сравнения (170 человек) получала комплексную технологию с включением только общих кремнистых ванн аналогичной концентрацией кремниевой кислоты и матричной лазерной терапии. Все больные находились на стандартной медикаментозной терапии.

Полученные результаты. В результате у большей половины больных 1-й группы уменьшился класс тяжести стенокардии напряжения, ($p < 0,05$), уменьшилось количество эпизодов стенокардии и количество приема нитратов в неделю на 50%, ($p < 0,05$), уменьшилось количество желудочковых экстрасистол на 22%, ($p < 0,01$), в то время как у больных 2-й группы уменьшилась только кратность приема нитратов ($p < 0,05$). Вследствие уменьшения ишемии миокарда, у больных 1-й и 2-й группы повысилась фракция выброса на 6,2% и 4,5% ($p < 0,01$), соответственно, что свидетельствовало о повышении коронарного резерва, вследствие потенцирующего влияния УНКП на процессы прекондicionирования миокарда. Объем выполненной нагрузки по данным ВЭМ, повысился на 39% и 27%, ($p < 0,01$), соответственно, для больных 1-й и 2-й группы, что свидетельствовало о потенцирующем тренирующем эффекте УНКП. В результате улучшения клинико-функционального состояния ишемизированного миокарда выявлено улучшение психо-эмоционального состояния пациентов. Показатели теста САН повысились на 84% и 43%, ($p < 0,01$), соответственно, для больных 1-й и 2-й группы.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более значимой метаболической адаптации миокарда к ишемии и развитии энергосберегающего его функционирования в реабилитации пациентов ИБС после перенесенных ОКС и эндоваскулярных вмешательств, технологии с включением процедур усиленной наружной контрпульсации.

Проблема приверженности к лечению больных с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Новикова И.А., Попов В.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

В последние годы проблема функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) приобретает все большую актуальность, что обусловлено высокой распространенностью этой патологии. До 50–60 % взрослых, обращающихся к врачам-гастроэнтерологам, страдает различными функциональными расстройствами пищеварительной системы (Васильев Ю.В., 2013). Функциональные заболевания ЖКТ – группа расстройств пищеварительной системы, характеризующихся изменением висцеральной чувствительности, моторики ЖКТ, ослаблением защитной функции слизистой оболочки, при которых симптомы не связаны с наличием структурных нарушений (Самсонов А.А., Лобанова Е.Г., Михеева О.М., и соавт., 2017). Основными функциональными заболеваниями ЖКТ являются функциональная диспепсия (ФД) и синдром раздраженного кишечника (СРК).

Цель исследования: выявить особенности приверженности к лечению больных с функциональными заболеваниями ЖКТ.

Материалы и методы. Было обследовано 44 пациента с функциональными заболеваниями ЖКТ, наблюдающихся в одной из поликлиник г. Архангельска; из них: 34 женщин и 10 мужчин; средний возраст 38,1±1,76 лет. СРК выявлялся у 20 пациентов, ФД – у 8 пациентов; сочетание СРК и ФД – у 16 больных.

Для изучения комплаентности использовался тест Мориски-Грина (комплаентность), с помощью которого были выявлены пациенты: 1) комплаентные; 2) недостаточно приверженные (находящиеся в группе риска по развитию неприверженности); 3) не приверженные к лечению. Результаты. Приверженность пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ к медикаментозной терапии была высокой у 9 чел. (20,5%), недостаточно приверженные пациенты – 15 чел. (34,0%), не приверженные – 20 чел. (44,5%). В качестве средств медикаментозной терапии при СРК использовались: спазмолитические средства, препараты, купирующие диарею/запор, прокинетики; при ФД: ИПП, прокинетики. Отсутствие приверженности к терапии чаще пациентами объяснялось высокой стоимостью медикаментозных препаратов, не возможностью регулярного приема из-за загруженности на работе, забывчивостью.

Имелась необходимость консультации психотерапевта у 35 чел. (79,5%). При этом, от консультации психотерапевта отказались 26 чел. (74,3%). Большая часть пациентов были мотивированы только на прием психотропных препаратов. Прием антидепрессантов (ингибиторы обратного захвата серотонина - Sertraline, Escitalopram) был рекомендован 27 чел. (61,4%), а анксиолитиков (Hydroxyzine, Tofisopam) – 44 чел. (100%). Из них антидепрессанты принимали только 3 чел. (6,8%) и анксиолитики – 36 чел. (81,8%). Адекватный и длительный прием антидепрессантов имел место только у одного пациента, а у остальных прием – не более месяца. Пациенты свой отказ объяснили ожиданием побочных эффектов, которые описаны в инструкции к препарату, а также страхом возникновения зависимости от лекарств.

Соблюдение общих медицинских рекомендаций по нормализации образа жизни, диетические рекомендации (частое, дробное питание), отказ от курения, алкоголя имели место у 2/3 пациентов, а остальные отвечали, что не имеют возможности соблюдать рекомендации из-за напряженной работы и отсутствия условий.

Выводы. Таким образом, пациенты с функциональными заболеваниями ЖКТ имеют низкую приверженность к соматотропной терапии, приему

психотропных препаратов, а также к соблюдению общих медицинских рекомендаций по нормализации образа жизни. Все это говорит о необходимости изменения тактики ведения данных пациентов.

Табакокурение и хронические обструктивные заболевания легких

Нониашвили М.О.

Тбилисский государственный медицинский университет, Клиника New med, Тбилиси

Болезни человека, возникающие под воздействием табакокурения, стали предметом интенсивных научных исследований за последние 30 лет. Курение, как агрессивный фактор риска, способствует прогрессированию болезней органов дыхания. Многоцентровые исследования, проведенные международными обществами врачей-пульмонологов, показали, что средняя продолжительность жизни курящего человека на 15 лет короче по сравнению с таковой некурящих людей.

Целью работы была оценка степени влияния табакокурения на развитие ХОЗЛ среди Грузинской популяции.

Материал и методы исследования. Нами разработана анкета, в которой определенное место уделено вредным привычкам, в частности, курению. Программой клинического исследования предусматривалось заполнение также специальной карты, включающей основные сведения о характере работы, перенесенных заболеваниях, наследственности. Затем проводился осмотр и физикальное исследование. При статистической обработке данных использовали систему статистического анализа (SPSS_22). Для выявления коррелятивной связи между изучаемыми параметрами использовался корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение. Объектами исследования были лица, проживающие в г. Тбилиси, среди них 48,5% мужчин и 51,5% женщин. Обследованные были разделены на три группы: I группа – кто курит, II группа – курил и бросил, III – вообще не курил. Обследовали 2624 человека (48,5% мужчин и 51,5% женщин). Процент курящих среди мужчин составляет 62,0%, а среди женщин – 28,5%. Выявлена связь между курением и заболеваемостью ХОЗЛ мужчин и женщин. Среди мужчин ХОЗЛ болеют 16,7% курящих и 9,1% бросивших курить, в том числе 23,1% бросивших курить в связи с заболеванием легких (по сравнению с 5,9 % больных среди некурящих). Исследованы признаки интенсивности курения, к которым отнесены характеристики длительности курения (в годах) и число выкуриваемых в день сигарет. Анализ заболеваемости ХОЗЛ, длительности курения и числа выкуриваемых в день сигарет позволил выявить, что у мужчин и женщин процент больных ХОЗЛ среди курящих выше, чем среди курящих не более 15 лет, а процент больных ХОЗЛ среди выкуривающих более 15 сигарет в день выше, чем у выкуривающих меньшее количество. Связь курения с ХОЗЛ по возрастным группам была проведена также отдельно для мужчин и женщин. У мужчин наибольший процент курящих был в двух возрастных группах: 15-20 лет (65,4%) и 26-29 лет (56,6%). Наибольший процент бросивших курить – в возрастной группе 41-49 лет (7,5%). У женщин наибольший процент курящих также выявлен в возрастных группах 15-20 лет (27,5%) и 20-29 (25,7%), а наибольший процент бросивших курить – среди лиц 50 лет и старше. У мужчин во всех возрастных группах процент больных ХОЗЛ среди курящих выше, чем среди некурящих, однако связь заболеваемости ХОЗЛ с курением в рассматриваемых возрастных группах несущественная. Среди лиц с явными признаками ХОЗЛ курящих было 73,8%, 84% больных курили свыше 10 лет. Таким образом, в происхождении ХОЗЛ длительность курения играет определенную роль. Следует особо подчеркнуть тот

факт, что среди обследованных, никогда не употребляющих табачных изделий и не являющихся пассивными курильщиками ХОЗЛ болеют в 1,5 раза меньше, чем в других группах. В целом анализ, проведенный по признаку «курение», подтверждает гипотезу о том, что курящие больше подвержены хроническими заболеваниями легких, чем некурящие. Однако о существенной связи ХОЗЛ с этим признаком говорит только критерий длительного курения. У мужчин рассматриваемая связь проявляется в том, что с возрастом, с увеличением продолжительности курения усиливается риск развития заболевания легких. У женщин она несущественна, однако и у них выражена тенденция к росту заболеваемости ХОЗЛ с увеличением длительности курения. Тем не менее, при одинаковой интенсивности курения у одних больных имелись ХОЗЛ, а у других нет, что можно объяснить индивидуальной реакцией организма на табачный дым. Тот факт, что за последнее десятилетие особенно возросла распространенность курения среди молодежи и соответственно и заболеваемость ХОЗЛ, ставит перед необходимостью принятия должных мер во избежание серьезных социальных последствий.

Особенности параметров жесткости артерий у пациентов с различными факторами сердечно-сосудистого риска

Носов А.Е., Байдина А.С., Ивашова Ю.А., Власова Е.М., Устинова О.Ю.

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

По данным множества эпидемиологических исследований повышение жесткости артериального русла является независимым фактором кардиоваскулярного риска, маркирующим повышенный риск инсульта, ишемической болезни сердца, расслаивающей аневризмы аорты, общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Японскими учеными предложен новый метод определения артериальной жесткости – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), который основан на расчете параметра жесткости β , не зависящего от текущего уровня артериального давления у обследуемого.

Цель работы. Изучить особенности изменения параметров артериальной жесткости, полученных методом сфигмоманометрии, у пациентов с различными факторами сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы. Обследовано 208 работников предприятия горнодобывающей промышленности, которые имели кардиальные факторы риска: артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение и курение. Группу сравнения составили 75 работников данного предприятия, у которых отсутствовали эти факторы риска. Исследование жесткости артериальной стенки проводилось на аппарате Fukuda denshi VS-1500 VaSera с определением CAVI, индекса прироста (AI). Сравнительную оценку показателей артериальной жесткости проводили при последовательном сопоставлении подгрупп пациентов в зависимости от наличия и сочетания факторов кардиоваскулярного риска: • группа I – пациенты с артериальной гипертензией 34 человека (некурящие и без абдоминального ожирения), средний возраст $36,1 \pm 6,5$ лет; • группа II – курящие пациенты 46 человек (без артериальной гипертензии и абдоминального ожирения), средний возраст $32,1 \pm 6,8$ лет; • группа III – пациенты с абдоминальным ожирением 26 человек (некурящие, без артериальной гипертензии), средний возраст $37,1 \pm 6,5$ лет; • группа IV – пациенты, имеющие любые сочетания из данных факторов риска 207 человек (артериальная гипертензия, курение, абдоминальное ожирение), средний возраст $37,0 \pm 7,9$ лет. • группа V – группа сравнения 75 человек (пациенты, не имеющие сердечно-сосудистой патологии, абдоминального ожирения, некурящие), средний возраст $35,9 \pm 7,8$ лет.

Результаты: при наличии одного фактора сердечно-сосудистого риска наиболее выраженные изменения артериальной жесткости наблюдались в группе пациентов с артериальной гипертензией (группа I). Значение индекса CAVI в данной группе составило 7,05 (6,8;7,4), а в группе сравнения – 6,6 (5,8;7,3), $p=0,042$. Увеличение жесткости артерий в данной группе характеризует увеличение индекса прироста, который в группе I достигал значений 0,94 (0,86;0,99), а в группе сравнения – 0,84 (0,76;0,91), $p=0,001$. Группы пациентов II и III (с изолированными факторами курения и ожирения) по индексам CAVI, AI статистически значимых различий с группой сравнения не имели. В группе IV, которая включала пациентов с сочетанием факторов риска (артериальная гипертензия, курение, абдоминальное ожирение), были выявлены наиболее выраженные изменения артериального русла по данным сфигмоманометрии. Так индекс жесткости CAVI достигал значения 7,1 (6,5;7,6) против 6,6 (5,8;7,3) в группе сравнения ($p=0,003$). Индекс прироста в данной группе составил 0,92 (0,82;1,04) при его значении 0,84 (0,76;0,91) в группе сравнения (0,00002).

Выводы. Пациенты, имеющие отклонения по параметрам жесткости, должны включаться в группу риска по развитию сердечно-сосудистой патологии с дальнейшей детальной оценкой имеющихся факторов риска с целью профилактики. Целесообразно включение объемной сфигмоманометрии в программы скрининговых обследований.

Взаимосвязь реологии крови и процессов перекисидации у больных с ранними проявлениями атеросклеротического процесса

Ойноткинова О.Ш., Баранов А.П., Крюков Е.В., Дедов Е.И., Шкловский Б.Л., Цукаева М.Р.

Московский государственный университет им. М. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко Минобороны России, Центральная клиническая больница РАН, Москва

Цель. Изучить особенности реологических показателей крови и их влияние на клиническое течение ишемических синдромов на фоне мультифокального атеросклероза.

Материалы и методы: Обследовано 256 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст составил $58 \pm 1,2$ лет, которые были разделены на группы: I группу составили 45 пациентов с изолированным поражением коронарных артерий, II – 48 пациентов с поражением церебральных артерий, III – 35 пациентов с поражением чревного ствола и непарных висцеральных ветвей брюшной аорты, IV – 24 пациента с поражением почечных артерий, V – 22 – с поражением артерий нижних конечностей. Диагноз верифицирован ангиографически. На начальном этапе качестве скрининга применяли ультразвуковое доплеровское сканирование. Для оценки показателей гемодинамики проводили ЭхоКГ исследование, сцинтиграфию миокарда, УЗИ органов брюшной полости, почек, бульбарную микроскопию. Из биохимических показателей – липидный спектр, трансаминазы, перекисное окисление липидов и ферменты антиоксидантной защиты, реологические показатели крови.

Результаты. У пациентов всех 5 групп с атеросклеротическим процессом, независимо от локализации, клинической картины, наблюдались нарушения в показателях реологии крови, микроциркуляции. Показатели гемореологических нарушений в период обострения заболевания отличаются от показателей в период ремиссии. Так, показатели вязкости крови были повышены на 18%, агрегация эритроцитов на 21%, агрегация тромбоцитов на 23% при сравнении с показателями лиц, находящихся в

состоянии клинической ремиссии ($P > 0,05$). Отмечается корреляционная взаимосвязь между гемореологическими нарушениями и фракцией выброса ($r = +0,64$, $P > 0,05$), что может способствовать ухудшению перфузии и развитию острых осложнений важно учитывать при коррекции этих показателей. Из изученных параметров наибольшее прогностическое значение, по-видимому, отражающее повреждение сосудистой стенки и прогрессирование атеросклеротического процесса, имеет внутренняя вязкость, предел текучести, агрегация и деформируемость эритроцитов, коррелирующие с показателями липидного спектра крови: (ХС-ЛНП) ($r = +0,374$), показателем перекисного окисления липидов, в частности, уровнем каталазы ($r = +0,39$) и ферментами антиоксидантной защиты – малонового диальдегида ($r = +0,42$) ($P > 0,05$).

Выводы. Системность атеросклеротического повреждения обусловлена единым каскадом гомеостатических, липидных, гемореологических, микроциркуляторных и трансапикалярных факторов риска. Наличие гемореологического синдрома и перекисидации являются независимыми предикторами развития и в дальнейшем прогрессирования атеросклеротических и ишемических осложнений. Пациентам с атеросклеротическим процессом, независимо от клинических проявлений, необходима ранняя персонализированная патогенетическая терапия. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 16-06-00605-ОГН.

Роль метаболической и лазерной терапии в клинической практике у пациентов с заболеванием периферических артерий

Ойроткинова О.Ш., Баранов А.П., Крюков Е.В., Дедов Е.И., Шкловский Б.Л., Цукаева М.Р., Корниченко Е.А.

Московский государственный университет им. М. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко Минобороны России, Центральная клиническая больница РАН, Москва

Цель: изучить эффективности сочетанной метаболической и лазерной терапии у больных с атеросклеротическим заболеванием периферических артерий.

Методы: обследовано 76 больных с ИБС и атеросклеротическим заболеванием периферических артерий, которым выполнение операции реваскуляризации из-за дистального или диффузного поражения сосудистого русла или протяженных стенозов и окклюзии не представлялось возможным. Средний возраст составил 67,1±1,2 лет. Диагноз верифицирован ангиографически. Проводилось ЭхоКГ, Холтеровское ЭКГ-мониторирование, сцинтиграфия миокарда, ультразвуковое доплеровское исследование сосудов и органов пищеварения, почек, нижних конечностей. Всем больным дополнительно к симптоматической органопротекторной и кардиопротекторной терапии назначали препарат мексидол 5% – 5 мл в/венно в сочетании с лазеротерапией в течение 15 дней. Определяли активность ферментных антиоксидантов: супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (К), гидроперекиси, содержание малонового диальдегида (МДА), реологические показатели крови: вязкость, агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, деформируемость, предел текучести, липидный спектр. Частоту, продолжительность и выраженность периодов ишемии миокарда и аритмических эпизодов оценивали методом холтеровского мониторирования, параметры диастолической дисфункции левого желудочка методом эхокардиографии до и по окончании лечения.

Результаты. Отмечено улучшение показателей реологии крови в виде снижения вязкости крови, увеличения предела текучести,

улучшения деформируемости эритроцитов и снижения их агрегации, коррелирующих с внутрисосудистым индексом, уменьшение показателей свободнорадикального окисления и повышение показателей ферментов антиоксидантной системы. На фоне такой комплексной терапии в 93% наблюдений, в сравнении с контрольной группой, отмечена положительная клиническая и функциональная динамика в виде уменьшения или купирования эпизодов стенокардии, повышение толерантности к физическим нагрузкам, по данным ЭхоКГ сокращение зон гипокинезии, при Холтеровском ЭКГ мониторинговании, увеличение дистанции при ходьбе, уменьшение частоты аритмических пароксизмов, что позволило уменьшить дозы и количество кардиопротекторных и антиангинальных препаратов.

Выводы: больным ИБС с диффузным мультифокальным атеросклеротическим заболеванием периферических артерий, для улучшения кислородтранспортной, трансапикалярной функции и микроциркуляции, улучшения органной перфузии представляется обоснованным проведение комплексной патогенетической терапии, включающей метаболические препараты в сочетании с лазеротерапией. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 16-06-00605.

Значение фактора роста эндотелия сосудов у пациентов с иксодовыми клещевыми боррелиозами

Окишев М.А., Хлынова О.В., Воробьева Н.Н., Булатова И.А., Сумливая О.Н.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) занимают одно из ведущих мест среди природно-очаговых инфекций в России. В Пермском крае существуют природные очаги боррелиоза, при этом заболеваемость ИКБ в 5-6 раз превышает общероссийский уровень. В патогенезе боррелиоза имеет важное значение поражение сердечно-сосудистой системы с развитием эндотелиальной дисфункции. На сегодняшний день эндотелий сосудов рассматривают как одну из основных систем регуляции сосудистого тонуса и свертывания крови. Его повреждение способствует возникновению патологических изменений: повышению проницаемости сосудов и их чувствительности к вазоактивным веществам, потере тромборезистентных свойств с формированием гиперкоагуляции и созданием условий для генерализованного вазоспазма. Одним из наиболее важных факторов, обеспечивающих жизнедеятельность эндотелия, является фактор роста эндотелия сосудов - VEGF (vascular endothelial growth factor). Его роль в организме человека двойственна. С одной стороны, он является протектором эндотелиальных клеток и активно участвует в физиологическом ангиогенезе, с другой – является противовоспалительным цитокином, повышает проницаемость эндотелия и способствует развитию патологического ангиогенеза при различных заболеваниях, в том числе сердечно-сосудистой патологии и ее осложнений. Результаты немногочисленных исследований, свидетельствующих об эндотелиальной дисфункции при боррелиозах, обуславливают актуальность ее более углубленного изучения.

Цель исследования: определить концентрацию VEGF у пациентов с ИКБ в острый период развития инфекционного процесса.

Материалы и методы. В краевой клинической инфекционной больнице г. Перми в эпидемический сезон 2017 г. наблюдались 146 больных с ИКБ. Из них у 62 лиц проведено углубленное клинико-лабораторное обследование. Группы наблюдения составили 28 человек с I стадией

(локализованной) заболевания в виде эритемной формы (1гр.): мужчин – 17, женщин – 11 и 34 пациента (2 гр.): мужчин – 16, женщин – 18 с II стадией (диссеминированной) с поражением сердечно-сосудистой и нервной систем. Группа контроля (3 гр.) состояла из 10 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами 1 и 2 групп. Диагноз ИКБ подтвержден серологически. Концентрация VEGF пг/мл в плазме крови определялась с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием соответствующих наборов реагентов ЗАО «Вектор – Бест» (Новосибирск). Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью программы Statistica 6,0. Для оценки значимости различий групп использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Результаты. В острый период развития инфекционного процесса, при сравнении показателя VEGF у всех пациентов с I и II стадиями боррелиоза (1 и 2 гр.) зарегистрировано его увеличение в отличие от контроля ($294,0 \pm 246,3$ против $73,1 \pm 93,5$, $p=0,000009$). Средняя концентрация VEGF в сыворотке крови больных с I стадией ИКБ была достоверно увеличена по сравнению с показателем 3 гр. ($388,6 \pm 317,7$ против $73,1 \pm 93,5$, $p=0,000004$). При более длительном течении инфекции (2 стадия боррелиоза) уровень VEGF оставался достоверно высоким $218,2 \pm 130,9$ против данных здоровых лиц ($p=0,000165$ соответственно). Выводы. Развитие инфекционного процесса при боррелиозе способствует повышению уровня противовоспалительного цитокина – VEGF, избыточное количество которого индуцирует повреждение эндотелия сосудов, усугубляя сосудистые нарушения, как в первую, так и во вторую стадии развития инфекции, что может негативно влиять на дальнейшее течение ИКБ.

Влияние избыточной массы тела на метаболизм костной ткани и течение остеоартроза

Олейник М.А., Журавлева Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Данные последних исследований свидетельствуют о роли нарушений метаболизма костной ткани (МКТ) в развитии остеоартроза (ОА). Считается, что показатели МКТ взаимосвязаны с выраженностью изменений в суставах, распространенностью суставного синдрома и выраженностью синовита.

Цель работы – изучить взаимосвязь между показателями МКТ и выраженностью суставного синдрома у больных с ОА и при его сочетании с ожирением.

Материалы и методы. В условиях ревматологического отделения Областной клинической больницы г. Харькова были обследованы 55 пациентов, которые составили две группы: 20 пациентов с ОА (возраст $54,32 \pm 3,7$ лет) – 1-я группа и 35 пациентов с ОА на фоне ожирения (возраст $57,5 \pm 1,12$ лет) – 2-я группа. Средняя продолжительность заболевания ОА составляла ($8,28 \pm 0,57$ лет). Всем пациентам определяли уровень остеоассоциированных элементов (Ca, P, Mg) биохимическим методом, уровень остеокальцина – иммуноферментным методом. Проводилось антропометрическое исследование и определение индекса массы тела (ИМТ). Исследование суставов включало осмотр, пальпацию, объективную оценку боли в состоянии покоя и при движении по ВАШ. Симптомы ОА оценивали также с использованием индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster University). Проводилось рентгенологическое исследование коленных суставов.

Результаты. Средний уровень остеокальцина у больных 1-й группы составил $43,68 \pm 2,26$ нг/мл, 2-й – $15,49 \pm 1,49$ нг/мл. Было определено, что в 1-й группе уровень Mg был выше, чем во 2-й группе ($p=0,0001$).

При изучении корреляционных взаимосвязей между показателями МКТ и клинко-рентгенологическими изменениями было установлено, что у пациентов с изолированным течением ОА значимыми являются негативные корреляции между уровнем остеокальцина и выраженности болевого синдрома по WOMAC ($r=-0,64$; $p=0,002$) и рентгенологическими изменениями по Kellgren ($r=-0,37$; $p=0,018$). При сочетанном течении ОА и ожирения наблюдались отрицательные корреляции между остеокальцином и степенью выраженности рентгенологических изменений по Kellgren ($r=-0,59$; $p<0,05$), уровнем боли по WOMAC ($r=-0,56$; $p<0,05$), уровнем скованности по WOMAC ($r=-0,44$; $p<0,05$), уровнем функциональной недостаточности по WOMAC ($r=-0,65$; $p<0,05$) и общим баллом по WOMAC ($r=-0,67$; $p<0,05$). В 1-й группе взаимосвязей между уровнями Ca, Mg и клинко-рентгенологическими изменениями обнаружено не было. Во 2-й группе было выявлено корреляционные связи между Ca, Mg и степенью рентгенологических изменений по Kellgren ($r=0,45$; $r=-0,32$; $p<0,05$), уровнем боли по WOMAC ($r=0,42$; $r=-0,39$; $p<0,05$), уровнем скованности по WOMAC ($r=0,46$; $r=-0,34$; $p<0,05$), уровнем функциональной недостаточности по WOMAC ($r=0,46$; $r=-0,41$; $p<0,05$) и общим баллом по WOMAC ($r=0,48$; $r=-0,33$; $p<0,05$), соответственно. Выводы. Полученные данные свидетельствуют о связи изменений МКТ с клинко-рентгенологическими нарушениями у больных ОА. Надо отметить, что снижение уровня остеокальцина может влиять на тяжесть течения и выраженность рентгенологических изменений при ОА, а наличие ожирения оказывать влияние на изменения МКТ, что в свою очередь может ухудшать течение и ускорять прогрессирование ОА.

Ранние предикторы атеросклероза при ревматоидном артрите

Осипова И.В., Стародубова Ю.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель. Определить ранние факторы риска мультифокального атеросклероза у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследовано 111 женщин с РА находящихся на учете в Городском ревматологическом кабинете КГБУЗ ГБ № 4. Пациентки были сопоставимы по возрасту ($55,3 \pm 6,8$ лет) и длительности РА ($8,2 \pm 3,9$ лет). После верификации атеросклероза любой локализации, были разделены на 2 группы: 1-я ($n=51$) – с клиническим атеросклерозом, 2-я ($n=60$) – без атеросклероза. Проводился анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, маркеров хронического воспаления, активности РА. Бессимптомное атеросклеротическое поражение брахиоцефальных сосудов (БЦС) определяли методом доплерографии по наличию атеросклеротических бляшек и/или комплекса интима-медиа $\geq 1,5$ мм. Наличие острого нарушения мозгового кровообращения и/или транзиторной ишемической атаки в анамнезе расценивали как симптомный атеросклероз БЦС. Наличие атеросклероза сосудов нижних конечностей оценивали по лодыжечно-плечевому индексу методом тонометрии (ЛПИ $< 0,9$). Диагноз ишемической болезни сердца был установлен в пробах с физической нагрузкой или по данным коронарографии. Статистическая обработка проведена с помощью программы SigmaPlot 12.5 (Systat Software, 2011). Анализ признаков, влияющих на развитие атеросклероза, выполнен с помощью многомерного регрессионного анализа. Уровень значимости различий считался достоверным при $p<0,05$.

Результаты. Все пациентки в исследовании с диагностированным атеросклерозом имели мультифокальное сосудистое поражение ($n=51$). На первом месте по частоте встречаемости был коронарный атеросклероз ($n=81,7\%$) в сочетании с поражением артерий нижних конечностей

(59,2%) и/или сонных артерий (63,9%), затем атеросклероз БЦС и нижних конечностей (18,3%). В 1-ой группе определялись чаще такие факторы риска, как: артериальная гипертензия (100 и 64%, $p=0,009$), нарушение сна (42 и 10%, $p=0,002$), депрессия (39 и 6%, $p=0,005$), анамнез преэклампсии или эклампсии (38 и 11%, $p=0,01$), повышение общего холестерина (ОХС) (67 и 55%, $p=0,01$), ранняя менопауза (32 и 5%, $p=0,02$), а также прием преднизолона (30 и 7%, $p=0,01$), по сравнению со 2-ой группой. В 1-ой группе маркеры воспалительной активности (С-реактивный белок, скорость оседания эритроцитов, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду, высокая активность ревматоидного артрита по DAS 28) встречались чаще и уровни их были выше ($p<0,05$). При проведении регрессионного анализа, значимыми предикторами развития мультифокального атеросклероза при РА у женщин, являются: артериальная гипертензия (АГ), психосоциальные факторы риска (нарушение сна, депрессия), высокая активность РА, ранняя менопауза, повышение ОХС, прием преднизолона $p<0,05$.

Выводы. В настоящее время является актуальной проблема поиска новых предикторов раннего прогнозирования атеросклероза. Проведенное исследование показало значимость выявления комплекса факторов: традиционных, психосоциальных, воспалительных, а также лекарственная терапия (прием преднизолон), с целью проведения своевременных профилактических мероприятий по их коррекции, и соответственно, снижению сердечно-сосудистой летальности у женщин с РА.

Влияние комплексной терапии с включением физических тренировок по методике свободного выбора на ригидность артериальной стенки у пациентов с кардиопульмональной патологией

Павленко В.И., Нарышкина С.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Согласно данным популяционных исследований, риск развития сердечно-сосудистой смертности у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) увеличен в 2-3 раза, а ведущей причиной летальности при ХОБЛ являются именно сердечно-сосудистые осложнения. Одной из причин сердечно-сосудистой дисфункции при ХОБЛ может быть повышенная ригидность сосудистой стенки. Медикаментозные методы воздействия на основные патогенетические механизмы ХОБЛ и сердечно-сосудистых заболеваний при их совместном течении обладают различной эффективностью, но далеко не всегда с их помощью удается достичь желаемого эффекта. Кроме того, некоторые из этих методов имеют ограничения или противопоказания к применению. В связи с этим возрастает роль использования в комплексном лечении больных с кардиопульмональной патологией немедикаментозных методов лечения, в частности физической реабилитации.

Цель исследования. Оценить влияние комплексной терапии с применением физических тренировок (ФТ) по методике свободного выбора нагрузки (СВН) на упруго-эластические свойства крупных сосудов у пациентов ХОБЛ при ее сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 34 амбулаторных больных с ХОБЛ среднетяжелого течения, сочетанной со стабильной стенокардией II ФК, в возрасте от 42 до 65 лет, которые в зависимости от объема терапии были разделены на 2 равноценные группы: 1-я группа больных ($n=18$) получала стандартизованную фармакотерапию, в схему лечения больных 2-й группы ($n=14$) включена ФТ со СВН (частотой педалирования и мощностью нагрузки) на велотренажере курсом 10-15 занятий в месяц по 10-20 минут в зависимости от толерантности к физической нагрузке. Для изучения

артериальной ригидности (АР) на участке аорта – магистральные артерии нижних конечностей использовался аппарат VaSera-1000 (Fukuda Denshi, Япония) с определением плече-лодыжечной скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) справа и слева и сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ) справа и слева. Толерантность к физической нагрузке оценивали по тесту 6МWD. Также ретроспективно оценивали частоту возникновения эпизодов стенокардии в течение месяца (в баллах), требующих дополнительного приема нитроглицерина (НТГ). Комплексное обследование пациентов проводили дважды: исходно и через 6 месяцев. Полученные математические данные обработаны с помощью программного пакета Statistica 6.0. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Установлено, что как стандартизованная терапия, так и терапия, дополненная ФТ со СВН, позитивно влияла на состояние сосудистой стенки крупных артерий. При этом наибольшая динамика показателей, характеризующих АР, была отмечена у пациентов 2-й группы. Так во 2-й группе СЛСИ справа снизился на 3,8%, СЛСИ слева – на 3,6%, в то время как у пациентов 1-й группы на 0,8% ($p>0,05$) и 0,6% ($p>0,05$) соответственно. Плече-лодыжечная СРПВ справа уменьшилась с $12,23\pm 1,08$ м/с до $11,94\pm 0,78$, слева с $12,28\pm 1,04$ м/с до $11,96\pm 0,84$ м/с, хотя по отношению к 1-й группе и недостоверно. Частота возникновения эпизодов стенокардии, требующих дополнительного приема НТГ во 2-й группе, по отношению к 1-й группе, была статистически меньше ($p<0,05$). К завершению этапа наблюдения исходные значения пройденной дистанции по тесту 6МWD во 2-й группе было достоверно больше чем в 1-й группе ($p<0,05$).

Заключение. Применение ФТ с СВН в составе долгосрочной комплексной терапии пациентов с ХОБЛ при ее сочетании с ИБС оказывает положительное воздействие на процессы сосудистого ремоделирования, существенно улучшает клиническое течение ИБС и повышает физическую выносливость пациентов, что определяет целесообразность использования этого метода в реабилитационных программах у данной категории больных.

Диагностическая значимость общего анализа крови и общего анализа мочи в общеврачебной практике

Павлова В.Ю., Анешина И.И., Бойко Е.А., Затева Т.Н.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово

В течение многих десятилетий скрининговые исследования общего анализа крови (ОАК) и общего анализа мочи (ОАМ) являлись одними из ведущих методов исследования при первом обращении пациента за медицинской помощью и достаточно часто приводили к диагностике многих заболеваний на самых ранних этапах, до момента появления клинических симптомов. Цель исследования – изучить диагностическую значимость ОАК и ОАМ у взрослого населения города Кемерово, с целью выявления патологических состояний.

Материалы и методы. В работе был проведен ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт пациентов обратившихся к врачу-терапевту на амбулаторном этапе, в связи наличием различных патологических состояний, кроме заболеваний системы кроветворения и мочевыделительной системы, с достаточным уровнем комплаентности, т.е. выполнившие все рекомендации врача и пришедшие на повторные приемы. В данной группе вошли пациенты в возрасте от 32 до 78 лет, средний возраст составил $58,3\pm 10$ лет. Из всего числа пациентов женщины составили 118 (59%) пациентов, мужчины 82 (41%) пациента. Большая часть обследованных были пациенты пожилого возраста (по

классификации ВОЗ), т.е. в возрасте 60-75 лет – 123 (61,5%) пациента. Пациенты до 40 лет обращались преимущественно по поводу острых патологических процессов со стороны верхних дыхательных путей. Причиной обращения пациентов старшего возраста были различные хронические заболевания, преимущественно с поражением сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, различные клинические формы ишемической болезни сердца) и поражения опорно-двигательного аппарата. Всем пациентам рутинно назначалось проведение ОАК и ОАМ. При выявлении патологических отклонений, для исключения возможно ошибочных результатов, исследования проводились повторно в той же лаборатории. При оценке результатов ОАМ учитывалось в первую очередь эритроцитурия и протеинурия. На втором месте учитывалось наличие бактериурии и/или в сочетании с лейкоцитурией. Изолированная лейкоцитурия в анализ не включалась. В связи с тем, что распределение выборки отличалось от нормального для цифровой обработки использовались непараметрические методы.

Полученные результаты. По данным проведенного исследования патологические отклонения как изолировано только или в ОАК, или в ОАМ, так и в обоих результатах выявлено у 59 (29,5%) пациентов. Патологические отклонения только в ОАК выявлено у 18 (30,5%) пациентов, только в ОАМ у 23 (39,0%) пациентов. Комбинированные изменения выявлено у 9 (15,3%) пациентов. В дальнейшем, в зависимости от возраста пациентов, клинических данных, проводился спектр лабораторных и инструментальных методов исследования, консультации специалистов для поиска возможных причин выявленных патологических отклонений. У пациентов с выявленными патологическими отклонениями только в ОАК, большую часть составили пациенты с железодефицитной анемией с установленной причиной – 10 (55,6%) человек, но по поводу чего терапия ранее не проводилась. Из 8 пациентов, у 3 был выявлен дебют лимфопролиферативного заболевания, у 1 пациента доказанный дебют миелодиспластического синдрома, у 1 пациента дебют острого лейкоза, у 2 пациентов идиопатическая тромбоцитопения, у 1 пациента выявлена токсическая (лекарственная) лейкопения на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Уровень лейкоцитов у данного пациента составил $1,8 \cdot 10^9/\text{л}$. У пациентов только с патологическими отклонениями в ОАМ впервые выявлены следующие патологические состояния: у 9 (39,1%) пациентов – мочекаменная болезнь (МКБ), у 5 (21,7%) пациентов дебют рака предстательной железы, у 5 (21,7%) пациентов дебют рака почек, у 2 (8,7%) – дебют рака мочевого пузыря, 2 (8,7%) – причина не была установлена. У пациентов с патологическими изменениями по данным и ОАК, и ОАМ впервые выявлены следующие состояния: у 3 (33,3%) пациентов МКБ с двухсторонним поражением, у 3 (33,3%) пациентов – диагностирован сахарный диабет с наличием диабетической нефропатией, включая развитие нефрогенной анемии, у 2 (22,2%) выявлен поликистоз почек. Возраст данных пациентов 38 и 39 лет, и 1 пациента дебют рака почек. Выводы. По результатам проведенного исследования практически у 30% обследованных пациентов по данным ОАК и ОАМ впервые выявлены различные патологические состояния, включая дебют онкологических заболеваний. В связи с полученными данными рутинное исследование ОАК и ОАМ сохраняет до сих пор высокую диагностическую значимость.

Роль пациента в эффективности лечения бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких

Павлова В.Ю., Фомина Н.В.

*Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово*

Введение. Ведущим фактором в эффективности проводимой терапии, особенно пациентов терапевтического профиля, является комплаентность пациентов. В настоящее время проводится большая работа по разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения) по различным заболеваниям, разработка новых лекарственных средств, но в определенной степени все эти мероприятия не дают ожидаемого эффекта. На современном этапе постоянно озвучивается, что должны и обязаны делать врачи, но при этом абсолютно умалчиваются статья 27 Федерального закона 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что пациента так же обязаны и следить за своим здоровьем, и выполнять назначения врачей.

Цель исследования – оценить один из вариантов комплаентности пациентов с установленным вариантом бронхообструктивного синдрома (бронхиальная астма (БА), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), в виде наличия у пациентов пикфлоуметра и ведение дневника пациента.

Материалы и методы исследования. В рамках исследования проведено анкетирование 105 пациентов отделения пульмонологии ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» с верифицированными диагнозами БА и ХОБЛ. Анкета включала в себя 3 вопроса: 1) проходили ли Вы когда-либо обучение в школе для пациентов с БА и/или ХОБЛ; 2) имеется ли у Вас в наличии пикфлоуметр; 3) ведете ли Вы дневник пациента с регистрацией данных пиклофуметрии (при наличии положительного ответа, мы просили пациента предоставить данный дневник и учитывали положительный ответ только при его наличии и достаточно продолжительном его ведении). Из числа опрошенных 89 (84,8%) пациентов составили жители городов и районов Кемеровской области и 16 (15,2%) жители города Кемерово. В связи с тем, что доступность специализированной помощи в крупных городах всегда выше, чем городских и районных лечебных учреждений за пределами областных городов, в дальнейшем в анализ были включены пациенты проживающие за пределами г. Кемерово. Из 89 пациентов, мужчины составили 56 (62,9%) пациентов, женщины 33 (37,1%) пациента. Среди пациентов с ХОБЛ преобладали пациенты мужского пола. Для оценки временного фактора мы разделили всех пациентов на две группы: 1) стаж заболевания до 2-х лет; 2) более 2-х лет. Известно, что при первичной постановке диагноза часть пациентов достаточно пунктуально выполняют рекомендации врачей, но затем качество выполнения рекомендаций снижается. Пациенты со стажем заболевания до 2-х лет составили 32 (36,0%) пациента, более 2-х лет – 57 (64,0%) пациентов.

Полученные результаты. В результате проведенного исследования обучение в школе для пациентов с БА и/или ХОБЛ прошли 29 (32,6%) пациентов, из них большую часть составили женщины - 21 (72,4%) пациентов. В 100% случае обучение проходило на базе крупных (ведущих) лечебных учреждения области. Наличие пикфлоуметра было отмечено у 45 (50,6%) пациентов. Большую часть составили пациенты с БА и чаще всего женского пола. Из числа опрошенных 12 (13,5%) пациентов никогда не слышали какой-либо информации о пиклофуметрии. Дальнейший анализ анкет проводился только тех пациентов, кто имел в наличии пиклофуметры. Из 45 пациентов наличие дневника пациента с фиксацией данных измерения пиклофуметрии было отмечено у 31 (68,9%) пациентов, большинство из них были пациенты женского пола. Остальные пациенты сообщили, что примерно запоминают, какие были показатели пиклофуметрии. Они знают, что необходимо фиксировать эти данные, но по ряду причин дневник не ведут. Из числа пациентов со стажем заболевания до 2-х лет, наличие пиклофуметра было у 17 (53,1%) пациентов, или 37,8% от числа всех пациентов, имевших пиклофуметр. Из числа данных пациентов, большая часть пациентов регулярно вели дневник пациента – 28 (87,5%) человек. Соответственно с увеличением стажа заболевания данные цифры имели тенденцию к

снижению. Наличие пикфлоуметра было у 28 (49,1%) пациентов, или 62,2% от числа всех пациентов, имевших пикфлоуметр. В динамике отмечается резкое снижение числа пациентов, ведших дневник пациента – 13 (22,8%) человек.

Выводы. По данным проведенного исследования получены достаточно низкие данные, как об информированности пациентов по поводу личного участия в контроле над БА и ХОБЛ, так и личной заинтересованности в эффективности проводимой терапии. Достаточно большая часть пациентов не знает о необходимости контроля функции дыхания. Подбор эффективной терапии возможен, в большей степени, именно по данным амбулаторного (домашнего) контроля пациентов состояния собственного здоровья.

Частота патологии внутренних органов у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких

Панев Н.И., Филимонов С.Н., Коротенко О.Ю., Панев Р.Н., Евсеева Н.А., Панева Н.Я.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, Новокузнецк

Цель и задачи исследования. Целью исследования явилось изучение частоты патологии внутренних органов у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких. Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи: провести обследование шахтеров с профессиональными заболеваниями легких и контрольной группы, сделать сравнительный анализ распространенности патологии внутренних органов в этих группах.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 788 работников угольных шахт с профессиональными заболеваниями легких (571 – с хроническим пылевым бронхитом, 159 – с антракосиликозом, 58 – с хронической обструктивной болезнью легких) и 161 шахтера, длительно работающих во вредных условиях труда и не имеющих профессиональной патологии (контрольная группа). Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы в пылевых условиях. Для выявления ишемической болезни легких (ИБС) использовали опросник Роуза, велоэргометрию, холтеровское мониторирование ЭКГ. Артериальная гипертензия диагностировалась по результатам двукратного измерения артериального давления (АД), суточного мониторирования АД и анамнестическим данным. Для диагностики атеросклероза проводилось ультразвуковое исследование экстракраниальных и периферических артерий. Проводилось рентгенологическое исследование органов грудной клетки и оценивалась функция внешнего дыхания. Проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, фиброгастроскопия. У всех пациентов проведено клинико-биохимическое исследование крови и общий анализ мочи. При необходимости проводилась оценка гормонального статуса. Диагноз патологии эндокринной системы выставляли после консультации эндокринолога. Статистическая обработка данных: рассчитывался непараметрический критерий – c_2 для сравнения независимых групп качественных признаков, значимыми считали различия при $p < 0,05$. О силе ассоциации между изучаемыми факторами судили по критерию относительного риска Вульфа (ОР).

Результаты исследования. Анализ показал, что патология внутренних органов встречалась у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких чаще (у 61,9%), чем в контрольной группе – у 27,3% ($c_2=8,76$, $p < 0,005$, ОР=1,24). Чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, преимущественно стенокардия I и II функционального

класса и артериальная гипертензия). Заболевания органов пищеварения (преимущественно неалкогольная жировая болезнь печени и хронический панкреатит) у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких также встречались чаще (у 29,9%), чем в контрольной группе – у 16,1% ($c_2=5,55$, $p < 0,05$, ОР=1,81). Выявлено, что болезни почек и мочевых путей (в основном – хронический пиелонефрит) у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких были чаще (у 12,3%), чем в контрольной группе – у 4,3% ($c_2=4,36$, $p < 0,05$, ОР=2,64). Анализ частоты эндокринной патологии показал, что у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких сахарный диабет и гипотиреоз встречаются у 4,4%, что статистически не отличалось от контрольной группы – у 4,9%, ($c_2=0,02$, $p > 0,1$, ОР=0,9).

Выводы. У работников угольной промышленности с профессиональными заболеваниями легких отмечается большое количество сочетанных заболеваний, возможно связанных между собой единым патогенетическим механизмом (коморбидная патология). У шахтеров с профессиональными заболеваниями легких чаще, чем у рабочих контрольной группы, встречалась патология внутренних органов: заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, стенокардия I и II функционального классов), заболевания органов пищеварения (неалкогольная жировая болезнь печени и хронический панкреатит), а также болезни почек (хронический пиелонефрит). Данный факт следует учитывать при проведении периодических медицинских осмотров и диспансеризации для разработки своевременных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у шахтеров.

Влияние хеликобактерной инфекции на течение аллергических заболеваний

Панина А.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Консультативно-диагностическая поликлиника №2, Волгоград

Цель исследования: изучение влияния хеликобактерной инфекции на течение некоторых аллергических заболеваний. Основную группу наблюдения составил 71 пациент с крапивницей, ассоциированной с наличием хеликобактерной инфекции. 63% пациентов ($n=45$ из 71) составили мужчины, 37% ($n=26$ из 71) – женщины. Возраст пациентов составил $32 \pm 7,5$ лет. Острая крапивница была отмечена в 69% ($n=49$ из 71) наблюдений, хроническая – в 31% ($n=22$ из 71). Факт инфицирования *H. Pylori* подтверждался посредством определения уровня антител к *H. Pylori* и выполнения дыхательного уреазного теста. При проведении дополнительного обследования, направленного на уточнение аллергостатуса (подсчет эозинофилов крови, определение уровня IgE, риноцитогарма), у всех пациентов основной группы был также выявлен аллергический ринит (интермиттирующий вариант – у 72% больных, $n=51$). Преобладающим было средне-тяжелое течение ринита – 90% ($n=64$ из 71). У данной подгруппы больных было отмечено повышение общего уровня IgG в сыворотке крови до $1930 \pm 85,6$ мг/дл (при норме 700-1600 мг/дл), что является одним из проявлений персистенции хеликобактерной инфекции. Уровень IgE в сыворотке крови также превысил норму (87 МЕ/мл) и составил $123 \pm 4,5$ МЕ/мл. Группу сравнения составили 110 больных с аллергическим ринитом без крапивницы, без анамнестических данных о наличии сопутствующих заболеваний со стороны ЖКТ. У 85% ($n=30$ из 35) отмечалось средне-тяжелое течение ринита. При проведении дополнительного обследования у пациентов из группы сравнения в 32% случаев ($n=35$ из 110) было выявлено наличие хеликобактерной

инфекции. В целях лечения хеликобактерной инфекции пациентам обеих групп была проведена стандартная эрадикационная терапия. Для купирования клинических проявлений крапивницы использовались антигистаминные препараты. Для лечения аллергического ринита дополнительно использовались топические кортикостероиды. После завершения эрадикационной терапии дыхательный уреазный тест был отрицательным у 84% (n=58 из 69) больных в основной группе и у 87% (n=4 из 30) в группе сравнения. Назначение антигистаминных препаратов позволило купировать явления крапивницы в течение первых двух недель с момента начала лечения у большинства пациентов. Рецидив крапивницы был отмечен лишь у 4% (n=3 из 71) больных первой когорты и у 8% (n=3 из 35) пациентов в группе сравнения.

Основные результаты. Назначение комплексного лечения (эрадикационная терапия, антигистаминные препараты, топические кортикостероиды) позволило улучшить состояние пациентов по гастроэнтерологическому статусу и добиться положительной тенденции в течении аллергического ринита. К концу периода наблюдения примерно у трети пациентов в обеих группах клиническая картина больше соответствовала легкому варианту течения, при котором проявления болезни (ринорея, заложенность носа, чихание) были незначительными, а дневная активность и сон не были нарушены. Кроме того, количество обращений за медицинской помощью с жалобами, характерными для аллергического ринита в основной группе снизилось с $4,2 \pm 1,8$ до $2,1 \pm 1,3$ (t-критерий для связанных выборок – 1,1, $p < 0,05$), и с $3,9 \pm 1,3$ до $2,2 \pm 0,9$ (t-критерий для связанных выборок – 2,0, $p < 0,05$) в группе сравнения.

Адипонектин как показатель тяжести ревматического процесса.

Парамонова О.В., Коренская Е.Г.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Адипонектин – гормон, за синтез которого отвечает белая жировая ткань, в основном адипоциты внутренних органов (висцеральная область). Является наиболее достоверным предиктором сахарного диабета 2 типа. Состоит из 244 аминокислот. Адипонектин – гормон белковой природы, он имеет и другое название – GBP-28, Acrp30, AdipoQ. В достаточном количестве находится в плазме крови, приблизительно 0,01% общего белка на 5-10 мг/мл. Секрецию AdipoQ стимулирует инсулин. Адипонектин – вырабатывается адипоцитами, клетками жировой ткани. Они способствуют накоплению жиров, которые затем организм преобразует в энергию. GBP-28 открыт совсем недавно, в конце двадцатого века, а именно в 1994 году, поэтому механизм его действия еще не до конца изучен. Однако, достоверно известно, что он играет ключевую роль в обменных процессах.

Цель работы. Поскольку известно, что ревматические заболевания (в частности остеоартроз и ревматоидный артрит) являются заболеванием с нарушением обменных процессов, целью работы явилось изучение клинико-патогенетического значения определения уровня адипонектина в сыворотке крови больных остеоартрозом (ОА) и ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: нами было обследовано 185 – больных остеоартрозом, являющихся пациентами ревматологического отделения ГУХ ГКБ СМП № 25, г. Волгограда. А также 45 здоровых лиц, доноров областной станции переливания крови.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования пониженный уровень адипонектина в сыворотке крови был обнаружен у 35,4% пациентов

с ОА и у 25,4% пациентов с РА. Для больных с ОА, имеющих низкий уровень адипонектина, был характерен следующий симптомокомплекс: полиостеоартроз с быстро прогрессирующим течением, с наличием вторичного синовита, с продолжительностью заболевания более 10 лет, рентгенологической стадией III и IV, функциональной недостаточностью суставов III. У пациентов с ОА имелась обратная связь между уровнем адипонектина и СРБ, СОЭ, индексом WOMAC, альгофункциональным индексом Лекена для гонартроза, альгофункциональным индексом Лекена для коксартроза. Для больных с РА, имеющих низкий уровень адипонектина, выявлен следующий симптомокомплекс: более высокая степень активности по DAS28 (II-III степень активности), высокий уровень антител к цитрулиновому виментину, развернутая и поздняя стадия заболевания, рентгенологическая стадия II, III, IV с наличием эрозий. Обнаружена обратная связь между уровнем адипонектина в сыворотке крови больных РА и уровнем С-реактивного белка и СОЭ. Выявлена обратная корреляционная связь между уровнем адипонектина и индексами Ли, Лансбури, индексом припухлости, общей боли, счетом боли, суставным индексом у пациентов с РА.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования была обнаружена взаимосвязь между концентрацией адипонектина в сыворотке крови и тяжестью течения суставных заболеваний (ОА и РА). Определение концентрации адипонектина в сыворотке крови больных ОА и РА может повысить качество диагностики этих заболеваний. Снижение уровня адипонектина в сыворотке крови может выступать как маркер тяжести и прогрессирования ОА и РА. Результаты внедрены в практику лечебных учреждений г. Волгограда, могут быть использованы в клиниках ревматологического и общетерапевтического профиля, в поликлинической практике.

Особенности морфо-функциональных параметров левых отделов сердца у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне коморбидной патологии

Пащенко Е.В., Чесникова А.И., Кудинов В.И., Доманова Н.Н.

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

Цель исследования. Изучить особенности морфо-функциональных параметров левых отделов сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при сочетании ишемической болезни сердца (ИБС) и тиреотоксикоза.

Материал и методы. Включенные в исследование 85 пациентов были распределены на 3 группы: основную группу составили 25 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функциональных классов (ФК) и тиреотоксикозом, средний возраст – $59,23 \pm 3,81$ лет; 1-я группа сравнения представлена 30 пациентами с ИБС, ХСН ФК II-III, без патологии щитовидной железы, средний возраст – $57,6 \pm 2,73$ лет; 2-я группа сравнения – 30 пациентами с тиреотоксикозом без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), средний возраст – $45,4 \pm 3,51$ лет. У всех больных определяли уровень гормонов (ТТГ, fT4, fT3, Ат-ТПО, Ат к рецепторам ТТГ), выполняли эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. Для статистической обработки данных применяли программу Statistica 10.0. Результаты исследования. Анализ линейных и объемных ЭхоКГ-параметров показал, что у пациентов основной группы индексированные показатели конечно-диастолического размера (ИКДР), конечно-систолического объема (ИКСО) и конечно-диастолического объема (ИКДО) оказались

достоверно ниже, чем у больных 1-й группы сравнения ($p=0,03$; $p=0,01$; $p=0,01$). Значение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) не отличалось у больных основной и 1-й группы сравнения (169,45 (154,87;188,82) и 171,01 (140,18;186,54), $p=0,6$), однако, индекс относительной толщины стенки (ИОТС) ЛЖ оказался достоверно большим у пациентов с ИБС, ХСН и тиреотоксикозом ($p=0,04$), что позволяет судить о более выраженных морфо-функциональных изменениях ЛЖ в условиях коморбидной патологии. Значения фракции выброса у пациентов обеих групп с ХСН свидетельствовали о снижении сократительной способности миокарда ЛЖ, соответствовали промежуточному типу СН, достоверно не различались ($p=0,1$). Более низкое соотношение скорости кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ и максимальной скорости предсердной систолы (Е/А) и увеличение времени изоволюметрического расслабления (IVRT) в основной группе пациентов по сравнению с показателями больных ИБС и ХСН без патологии щитовидной железы свидетельствовало о более выраженных признаках диастолической дисфункции у пациентов основной группы.

Выводы. Для пациентов с ХСН на фоне ИБС и тиреотоксикоза характерны более низкие индексированные показатели конечно-систолического и конечно-диастолического объемов ЛЖ и более высокое значение ИОТС ЛЖ в условиях преобладания активности симпато-адреналовой системы, умеренное снижение сократительной способности ЛЖ и более выраженная диастолическая дисфункция, что определяет морфо-функциональные особенности ЛЖ у пациентов с ХСН в условиях коморбидности.

Хроническая болезнь почек: частота встречаемости и фармакоэпидемиология

Пегашова М.А., Чижов П.А., Медведева Т.В.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Цель и задачи. Определить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и распространенность ХБП у больных терапевтического отделения с гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС), сахарным диабетом (СД) и их комбинациями, особенности терапии пациентов с ХБП.

Материалы и методы: На базе терапевтического отделения ГБКУЗ ЯО «Городская больница им. Н.А. Семашко» проведено обследование 368 пациентов, средний возраст $64,0 \pm 18,1$, имеющих разные соматические заболевания. У 38,3% пациентов имела место изолированная ГБ, у 25,7% – сочетание ГБ и ИБС, у 12,1% – сочетание ГБ с ИБС и СД, у 9,2% комбинация – ГБ с СД, у 3,9% – СД. Расчет СКФ проводился по формуле MDRD. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 8.0 (StatSoft. Inc., USA).

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что СКФ ≥ 90 имели 14,4% обследованных, причем ХБП I стадии выявлена у 4,3% пациентов. СКФ в диапазоне 60-89 определена у 40,2% лиц, причем ХБП II – у 18,2%, СКФ 30-59 (ХБП III) у 42,6%, СКФ 15-29 (ХБП IV) у 2,9%. С ХБП V (СКФ < 15) пациентов не было. У пациентов с изолированной ГБ СКФ достоверно выше по сравнению с пациентами с ГБ в сочетании с ИБС и СД ($63,7 \pm 2,9$ против $49,3 \pm 2,99$, $p=0,012$). Установлено, что у пациентов в группе с ГБ+ИБС+СД СКФ достоверно ниже по сравнению с пациентами с ГБ+ИБС ($49,3 \pm 2,9$ против $58,4 \pm 2,7$, $p<0,05$). Анализ СКФ у пациентов в группах с СД показал, что у лиц с изолированным СД СКФ выше по сравнению с обследованными с СД+ГБ ($87,5 \pm 9,6$ против $64,2 \pm 4,9$, $p=0,08$) и достоверно выше, чем у пациентов с СД+ГБ+ИБС ($87,5 \pm 9,6$ против $49,3 \pm 2,99$, $p=0,021$). Помимо этого, в группе с СД+ГБ+ИБС СКФ ($49,3 \pm 2,99$) у пациентов была достоверно

ниже, чем у лиц с СД+ГБ ($64,2 \pm 4,9$, $p=0,016$) и СД+ИБС ($74,0 \pm 9,3$, $p=0,04$). Кроме того исследование показало, что у пациентов с изолированным СД ($87,5 \pm 9,6$) достоверно выше СКФ по сравнению с обследованными с ГБ в комбинации с ИБС ($58,45 \pm 2,7$, $p<0,05$). У обследованных с ГБ 3 степени (по группе в целом) СКФ достоверно ниже, по сравнению с пациентами со 2 степенью ГБ ($53,09 \pm 18,48$ против $66,75 \pm 23,3$, $p<0,05$). Анализ терапии пациентов с ХБП показал, что 34,3% обследованных получали ингибиторы АПФ (и АПФ), 52,4% - блокаторы рецепторов к АТ2 (БРА), 59%- В-адреноблокаторы (БАБ). 38% обследованных с ХБП получали тиазидные диуретики, в том числе пациенты с 3 и 4 стадиями ХБП. Петлевые диуретики в комбинации с калийсберегающими диуретиками принимали 13% пациентов с ХБП, что было обусловлено наличием ХСН у этих больных. Липидкорректирующую терапию, представленную статинами, получали всего 26,7% больных с ХБП. иАПФ достоверно чаще назначали пациентам с ХБП 1 стадии (66,7%), чем с ХБП 2, 3 и 4 стадиями (30,6%, 26,9% и 16,7%, соответственно). Что касается БРА, то достоверно чаще их получали больные с ХБП 2 стадии, чем с ХБП 1, 3 и 4 стадиями (52,8% против 11,1%, 5,7% и 33,3%, соответственно). БАБ назначались достоверно реже пациентам с ХБП 4 стадии, чем с ХБП 1, 2 и 3 стадиями. (33,3% против 55,6%, 55,6% и 47,2%, соответственно). Петлевые диуретики в комбинации с калийсберегающими диуретиками достоверно чаще назначались пациентам с 4 ст. ХБП, чем со 2 и 3 ст. ХБП (16,7% против 2,8% и 4,4% соответственно). Пациенты с 1 ст. ХБП этих диуретиков не получали.

Выводы: 1. ХБП 1 стадии встречается у 4,3% больных терапевтического стационара, ХБП 2 стадии – у 18,2%, ХБП 3 стадии – у 42,6%, ХБП 4 стадии – у 2,9%. 2. У пациентов с ГБ в комбинации с ИБС и СД СКФ достоверно ниже по сравнению с обследованными с изолированной ГБ, изолированным СД. 3. У лиц с СД СКФ достоверно выше, чем у пациентов с комбинацией ГБ и ИБС. 4. При ГБ 3 степени СКФ достоверно ниже, чем при 2 степени. 5. В условиях стационара не всегда соблюдаются рекомендации по лечению пациентов с ХБП, в частности, 13,3% пациентов с ХБП не получали ни и АПФ, ни БРА. Тиазидные диуретики получают пациенты с ХБП 3 и 4 ст., что повышает риск развития нежелательных явлений, например, гиперурикемию. Гиперлипидемия и дислипидемия ухудшает прогноз пациентов с ХБП, однако статины получают лишь 26,7% пациентов.

Ожирение и артериальное давление: патогенетические аспекты, достижения, новые показатели

Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Веревкин Е.Г., Никитин Ю.П., Staessen J.A.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, University of Leuven, Division of Hypertension and Cardiovascular Rehabilitation, Department of Cardiovascular Sciences, г.Новосибирск, РФ, Leuven, Belgium

Цель. В научно-практической сфере ожирение рассматривается как важный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), неалкогольной жировой болезни печени, СД 2-го типа. Распространенность ожирения продолжает неуклонно увеличиваться, WHO констатировали глобальную эпидемию по ожирению, вызывает повышенный интерес множественная коморбидность, риск заболеваний, эпидемиологические исследования. Вкратце заметим, что жировая ткань является динамическим эндокринным, иммунным, регенеративным органом, который патофизиологически адаптируется к таким изменениям, как терморегуляция, энергетический обмен, чувствительность к нутриентам, β -адренергический тонус у

молодых здоровых взрослых лиц, с возрастом происходят преобразования в изобилии жировых клеток, распределении, клеточной композиции, эндокринном сигналировании, микроокружающей среде, приводя к метаболическим нарушениям, воспалению и т.д.

Методы. В рамках проекта EPOGH (n=300) проводили антропометрические измерения, клинические, домашние и амбулаторные измерения АД, содержание общего жира тела (ОЖТ, %) оценивали по формулам, предложенным Lean et al. (P-Lean), в зависимости от гендерного дифференцирования, соответственно, для мужчин ОЖТ (%) = 0,567 окружность талии (см) + 0,101 возраст (лет) – 31,8, для женщин ОЖТ (%) = 0,439 окружность талии (см) + 0,221 возраст (лет) – 9,4.

Результаты. Несмотря на достигнутые успехи в современной медицине, большое значение имеет определение предиктивных показателей на основе простых и доступных методов, в частности с использованием объединенной предсказательной значимости антропометрических измерений и различных факторов риска ССЗ в одном выражении. Серьезные дебаты касаются роли общего содержания жира тела в метаболическом контенте, количество жировой массы считается истинным фактором риска кардиометаболического здоровья и продолжительности жизни, при этом подчеркивают труднообъяснимый факт несколько ограниченной прогностической ценности индекса массы тела (ИМТ), по мнению многих авторов, поскольку ИМТ лишь аппроксимирует наличие жира тела без учета композиции тела, не отражая биологии жировой ткани и т.д., несмотря на то, что ИМТ рассматривается суррогатным маркером массы жира, используется для классификации ожирения и положительно ассоциируется с факторами риска ССЗ и метаболически зависимых заболеваний. Замечено, что дисфункция жировой ткани появляется по мере увеличения возрастных категорий и имеет системный эффект, включая периферическую резистентность к инсулину, эктопическое отложение жира и воспаление. В литературе пристальное внимание привлечено к практическому определению общей массы жировой ткани, общей массы жира жировой ткани, содержания общего жира тела, существуют предсказательные уравнения с использованием антропометрии для расчетов перечисленных показателей. Для достижения поставленных задач в данном исследовании выявили корреляцию интегративного показателя ОЖТ (%) с клиническим САД (r=0.427), ДАД (r=0.387), ЧСС (r=0.036), домашним САД (r=0.342), ДАД (r=0.349), ЧСС (r=-0.017), 24-часовым САД (r=0.246), ДАД (r=0.280), ЧСС (r=-0.056), дневным САД (r=0.166, p=0.004), ДАД (r=0.182, p=0.002), ЧСС (r=-0.102), ночным САД (r=0.297), ДАД (r=0.344), ЧСС (r=0.059), p<0.001 для всех. В своей работе мы попытались максимально захватить существующие предопределяющие формулы для оценки биомеханики жировой ткани. Интересно, что различные предиктивные параметры непосредственно ранее не сравнивались, собранные математические предсказывающие мессенджеры проверялись с использованием различных методов, все показатели имели сходные результаты при применении MRI измерений. Интересно, что умозрительные построения отдельных авторов сочетаются друг с другом, например, суждения Lean et al. и Ross et al. базировались на окружности талии, показывая более сильную корреляцию у мужчин, при этом Deurenberg et al. и Kvist et al. размышления, включающие ИМТ и вес/рост соотношение в качестве переменных, демонстрировали доминирование корреляции у женщин, соответственно.

Выводы. Применительно к настоящему обсуждению проблем ожирения, следует отметить, что полученные результаты вносят свой вклад в понимание патогенеза ССЗ и их последствий. Следует отметить, что велика роль предиктивных индексов, предоставляющих дополнительную полезную информацию для подбора прогностических и терапевтических подходов, в свою очередь, способствуя снижению риска ССЗ и улучшению медикаментозного лечения.

Старые и новые суррогатные точки вторичной кардиопротекции у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями через 2 года после обучения в школе здоровья

Петрищева А.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

В настоящее время вторичная кардиопротекция сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) обязательно включает обучение пациентов в школе здоровья (ШЗ). Наиболее часто оцениваемыми суррогатными точками ее эффективности в медицинских организациях являются достижение целевых значений модифицируемых факторов риска (ФР), таких как уровень общего холестерина (О-ХС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), качество жизни и других. С течением времени появляются новые точки контроля за приверженностью пациента к лечению. Сегодня важно знать не только уровень артериального давления (АД) на приеме у врача, все больше интересует вариабельность артериального давления (АД) в различное время, особенно такой долгосрочный показатель – межвизитная вариабельность давления (VVV), свидетельствующая о достижении комплайенса между врачом и пациентом. Кроме того, значение VVV сможет спрогнозировать и скорость снижения почечной функции у пациентов с ССЗ, которая также отрицательно влияет на конечные точки вторичной кардиопротекции. Цель: оценить динамику изменений некоторых модифицируемых ФР, качества жизни у пациентов, занимавшихся в ШЗ в кардиологическом стационаре в течение двухлетнего периода.

Материал и методы: 1 группа – наблюдения состояла из пациентов с ССЗ, прошедших обучение в ШЗ (222 человека); 2 группа – контрольная включала пациентов, проходивших лечение в том же кардиологическом отделении, но не занимавшихся в ШЗ (39 человек). На момент включения группы были сопоставимы по возрасту, стажу заболеваний. В течение двух лет с группой наблюдения мы поддерживали контакт: раз в полгода телефонное консультирование, через год назначался визит для коррекции образа жизни, контроля соблюдения назначения терапии. На момент включения и через 2 года проводилось оценивание качества жизни (КЖ) по опроснику MLHFQ, уровень О-ХС, среднего АД, коэффициента вариации (КВ) для оценки VVV для САД и ДАД, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ. Корреляционная связь определялась между VVV и СКФ объединенной группы, включающей всех пациентов.

Результаты: на начало исследования достоверной разницы исследуемых показателей между группами не было. Через 2 года разница между группами четко прослеживалась, что в первую очередь сказалось на оценивании качества жизни по опроснику MLHFQ. В 1-й группе количество баллов снизилось с 31,50±18,4 против 22,12±14,03, p=0,00. Во 2-й группе наблюдался противоположный результат, увеличение с 25,89±11,94 до 45,0±19,0, p=0,02. Через 2 года пациенты группы контроля достоверно (p=0,01) хуже оценивали свое качество жизни. Это нашло подтверждение и по изучаемым ФР. О-ХС в группе наблюдения имел достоверную тенденцию к снижению (5,45±1,34 против 4,92±1,07 ммоль/л, p=0,00), хотя и не достиг целевого значения. Во 2-й группе отмечен некоторый рост показателя (5,26±1,31 против 5,65±2,21, p=0,42). Через 2 года достоверной разницы между обеими группами по средним значениям как САД (127,72±10,52 и 131,24±22,13 мм рт.ст., p=0,8), так и ДАД (80,83±4,46 и 81,76±8,09 мм рт.ст., p=0,76) не наблюдалась. Во время как КВ имел достоверно меньшие значения в 1-й группе, как для САД (5,78±4,00 против 11,10±5,83 мм рт.ст., p=0,00), так и для ДАД (5,00±4,56 против 9,54±5,49 мм рт.ст., p=0,00). Повышенная вариабельность АД во 2-й

группе привел к различиям изменения почечной функции в группах в течение двух лет. СКФ в группе наблюдения практически не изменился за этот период ($77,2 \pm 14,52$ и $77,87 \pm 14,12$ ммоль/л, $p=0,66$), и существенно снизился в группе контроля ($76,43 \pm 13,20$ и $63,80 \pm 15,65$, $p=0,01$), достигнув достоверного различия между группами ($p=0,00$) в конце исследования. Достоверная отрицательная корреляционная связь выявлена между КВ ДАД и СКФ через 2 года ($r=-0,18$, $p=0,0043$).

Выводы: активное использование программ обучения пациентов с ССЗ с периодическим контролем со стороны врача повышает приверженность к лечению, что подтверждается удовлетворительными показателями «старых и новых» суррогатных точек контроля.

Динамика качества жизни у пациентов с ревматической болезнью сердца

Петров В.С., Кузьмин Д.А., Лопухов С.В., Исаева Е.В., Петров С.А.

*Рязанский государственный медицинский университет,
Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань*

Целью работы явилась оценка динамики качества жизни у пациентов с ревматической болезнью сердца (РБС).

Материалы и методы: обследовано 102 неоперированных пациента с РБС, длительность наблюдения составила 5 лет. Средний возраст пациентов составил $58,69 \pm 0,61$ года; мужчин 16 (15,7%) и женщин 86 (84,3%). Рост исследуемых составил $162,4 \pm 0,43$ см, масса тела $77,74 \pm 1,11$ кг. Для оценки качества жизни использовались следующие опросники: Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), Канзасский опросник для больных кардиомиопатией (KCCQ), Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН (MHFLQ). Для объективизации оценки функционального класса ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы. Дополнительно оценивалась одышка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в 100 мм. Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) проводилось ингибиторами АПФ и β -блокаторами, терапия была стабильной, дозы препаратов не менялись. Из β -блокаторов чаще использовался метопролол – 66,7%, реже бисопролол – 16,7%, карведилол – 5,6% и небиволол 5,6%. Из иАПФ чаще использовался эналаприл – 52,2% и периндоприл – 23,9%, реже лизиноприл 17,4% и фозиноприл 4,3%.

Результаты: за 5 лет наблюдения по данным теста 6 минутной ходьбы функциональный класс (ФК) ХСН не изменился (II ФК), но имело место статистически значимое снижение дистанции теста 6 минутной ходьбы с $351,0 \pm 6,78$ метра до $332,4 \pm 5,7$ метров в пределах II ФК на 18,6 метра. Показатель ВАШ одышки за 5 лет статистически значимо увеличивается с $49,14 \pm 1,24$ мм до $57,96 \pm 1,42$ мм и через 5 лет начинает коррелировать с градиентом давления на ТК ($0,621$, $p=0,01$). По данным эхокардиографии изменений за 5 лет размеров левого желудочка не получено, но имеет место статистически значимое уменьшение площади митрального отверстия на $0,1$ см² и увеличении размеров левого (с $4,8 \pm 0,05$ см до $5,02 \pm 0,06$ см) и правого (с $4,95 \pm 0,03$ до $5,19 \pm 0,09$) предсердий. На фоне вышеперечисленных изменений отмечено статистически значимое снижение суммарного показателя физического компонента здоровья SF-36 с $36,39 \pm 0,54$ до $34,04 \pm 0,74$ и функционального статуса KCCQ с $23,14 \pm 0,56$ до $21,2 \pm 0,58$. По суммарному показателю психического компонента здоровья SF-36, суммарному клиническому показателю KCCQ, а также по данным MHFLQ статистически значимых изменений не получено. Два суммарных показателя опросника KCCQ имели значимую корреляцию с SF-36: функциональный статус KCCQ коррелировал с физическим (коэффициент корреляции 0,689) и психическим (коэффициент корреляции 0,365) компонентами здоровья SF-36. Суммарный клинический показатель

KCCQ также коррелировал с физическим (коэффициент корреляции 0,305) и психическим – $38,65 \pm 0,73$ (коэффициент корреляции 0,588) компонентами здоровья SF-36. А вот по шкалам SF-36 в динамике за 5 лет статистически значимое снижение выявлено только по физическому функционированию и интенсивности боли, а по доменам KCCQ статистически значимое ухудшение показателей получено по доменам симптомы, знание, качество жизни. Данные опросника MHFLQ имели изменения, но статистически значимо не различались ни в динамике у исследуемых с РБС (с $45,76 \pm 1,15$ до $47,5 \pm 1,39$). Однако, показатели опросника MHFLQ имели значимый коэффициент корреляции на уровне $p=0,01$ исходно у пациентов с ХРБС, как с суммарными измерениями опросника SF-36: физического (-0,511) и психического (-0,569) компонентами здоровья, так и с суммарными показателями опросника KCCQ: функциональный статус (-0,590) и суммарный клинический показатель (-0,577).

Выводы: для пациентов с РБС отмечено снижение качества жизни за 5 лет в виде статистически значимого снижения показателя функционального статуса опросника KCCQ и физического компонента здоровья опросника SF-36 снижаются в течение 5 лет. Изменения в качестве жизни по данным этих опросников происходят на фоне снижения дистанции теста 6 минутной ходьбы, нарастания одышки (по данным ВАШ) и изменений на эхокардиографии. Наиболее применимыми опросниками в оценке качества жизни пациентов с РБС оказались SF-36 и KCCQ, суммарные показатели которых имеет тесную корреляционную связь. А специфический для ХСН опросник MHFLQ хотя и показал снижение качества жизни, но оказался менее чувствительным в течение 5 лет для пациентов с РБС.

Фармакоэкономическая оценка проведения образовательных программ для пациентов с бронхиальной астмой

Победенная Г.П., Ярцева С.В., Скиба Т.А.

*Луганский государственный медицинский университет
им. Святого Луки, Луганск*

Введение. Хроническое течение бронхиальной астмы (БА) диктует целесообразность длительного лечения, сопровождается значительными материальными затратами системы здравоохранения, пациентов, их семей и общества в целом. Пациенты с тяжелым течением БА составляют, в среднем, около 5% от общего количества больных этим заболеванием, но на их лечение приходится около половины прямых материальных затрат здравоохранения и общих расходов на БА. Наиболее затратной частью признается лечение обострений БА, причем при их лечении разница в расходах объясняется не только различием объемов медицинской помощи, но и количеством использованных препаратов. Стоимость лечения БА состоит из суммы прямых и непрямых затрат. При этом прямые затраты включают госпитализации, вызовы «скорой», посещение врачей, лекарственные препараты. Непрямые затраты связаны с нетрудоспособностью больного БА, инвалидностью, недополучением налогов и потерями производства. Структура прямых затрат БА варьирует не только в разных странах, но и в разных регионах одной страны. Образовательные программы помогают существенно снизить стоимость лечения БА.

Цель работы: определить стоимость лечения больных в Луганской области на фоне проведения образовательной программы для пациентов (астма-школы).

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 276 больных БА, которых наблюдали на протяжении 5 лет. Среди них было 110 больных – с легким течением БА (I группа), 106 – со среднетяжелым течением –

(II группа) и 60 пациентов с тяжелым течением (III группа). Прямые и непрямые затраты рассчитывали согласно существующим рекомендациям (Ю.М. Мостовой, 1998 и Е.К. Бельтюков, 2003). Формой образовательной программы была выбрана «астма-школа» для больных, целью обучения в которой было внедрение базисной терапии БА. Формой контроля – анкета, разработанная исследователями. За единицу расчетов была принята условная единица, эквивалентная стоимости 1 доллара США. Результаты. Через 1 год после обучения в «астма-школе» количество обострений у больных, посещавших ее, уменьшилось в 1,8 раза, экстренных госпитализаций – в 2,4 раза, вызовов «скорой» – в 1,7 раза, количество дней нетрудоспособности – в 1,6 раза. Прямые затраты на 1 больного с легким течением заболевания снизились на треть, с тяжелым течением – на четверть. Непрямые затраты на 1 больного с БА до обучения составляли 418,7 у.е., после обучения – 359,3 у.е. Экономия на 1 больного равнялась 59,4 у.е., или затраты снизились на 14,2%. Наиболее значительным было уменьшение расходов на выплаты по временной нетрудоспособности исследованных больных – на 37,5% и снижение потерь производства – на 9,2%. Неуплата налогов сократилась на 8,2%. Суммарно все виды затрат на 1 больного до начала обучения, в среднем, составляли 883,0 у.е., а после обучения – 729,2 у.е. Снижение затрат на 1 больного составило 153,8 у.е., или 17,4%. Если экстраполировать общие затраты на 1 больного БА до начала обучения в «астма-школе» на общее количество больных БА в регионе, то на всех больных они могли составить 6280779,0 у.е, после окончания учебы – 5186799,6 у.е., что на 17,4% меньше. До обучения экономический ущерб на 1 жителя региона по поводу БА прогностически равнялся 2,6 у.е., после – 2,1 у.е. Таким образом, бронхиальная астма является заболеванием, которое неблагоприятно влияет на финансово-экономическое состояние региона. Наиболее затратную часть составляют прямые затраты больного оказания неотложной помощи и госпитализации. Среди непрямых расходов преобладают потери производства и выплаты по временной и стойкой нетрудоспособности. Экономия затрат от заболевания БА при проведении образовательной программы для пациентов и внедрении базисного лечения является экономически выгодным для финансовой вертикали на всех уровнях: на уровне крупного промышленного региона экономия прогностически можно составить около 1 млн у.е., что может позволить рационально распределить и направить высвобожденные средства. Финансовую нагрузку от БА 1 жителя региона составляет 2,6 у.е. Введение образовательной программы может позволить уменьшить прямые и непрямые затраты на больных БА, причем более существенно – прямые затраты исследованных больных и уменьшить финансовую нагрузку на 1 жителя до 2,1 у.е.

Роль препаратов L-орнитина-L-аспартата в терапии печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени

Полухина А.В., Винницкая Е.В., Хайменова Т.Ю., Сандлер Ю.Г.

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва

Цель исследования. Оценить терапевтические возможности парентерального применения препарата L-орнитина-L-аспартата (LOLA) у пациентов с клинически значимой печеночной энцефалопатией (ПЭ), а также для первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы. Исследовано 62 пациента с декомпенсированным циррозом печени (ЦП) различной этиологии и явлениями портальной гипертензии, проходивших стационарное лечение в Московском клиническом научно-практическом центре им. А.С. Логинова. Всем

пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее в себя определение функциональных проб печени, показателей протромбинового индекса и МНО, белковых фракций, клинического анализа крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию. В исследование не включены пациенты, имеющие сопутствующую неврологическую или психиатрическую патологию. Диагностика ПЭ проводилась на основании беседы с пациентом, а также проведения теста связи чисел до и после курса терапии. Результаты исследования. Пациенты старше 55 лет составили 57%, преобладали женщины, средний возраст больных составил 58,8 лет. Распределение пациентов в зависимости от этиологии ЦП было следующим: 28 пациентов с ЦП алкогольной этиологии, 23 – с ЦП HCV-этиологии, 3 – с ЦП в исходе неалкогольной жировой болезни печени, 1 пациент с ЦП неуточненной этиологии. Пациенты получали терапию по показаниям: диуретическую, антибактериальную, гепатопротекторную, альбумин, профилактика кровотечения из ВРВП. С целью лечения ПЭ все пациенты получали LOLA с внутривенно капельно в дозе 20 г в сутки в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием. Важно подчеркнуть, что уже после второй инфузии многие пациенты отметили улучшение общего самочувствия, уменьшение общей слабости и нарушений сна. После окончания курса парентерального введения препарата всем пациентам повторно проведена оценка степени энцефалопатии, по результатам которой отмечено улучшение результата теста связи чисел у 78% пациентов, а также улучшение клинической симптоматики ПЭ и самочувствие пациентов.

Выводы. Наш собственный опыт, а также результаты многочисленных российских и зарубежных исследований, свидетельствуют об эффективности LOLA как для лечения, так и для первичной и вторичной профилактики ПЭ. Препарат обладает хорошим профилем переносимости и безопасности, что, несомненно, позволяет назначать его широкой группе пациентов с циррозом печени различной этиологии на амбулаторном этапе лечения перорально на длительный срок, а также в стационаре в виде инфузий для купирования эпизодов тяжелой ПЭ.

Прогнозирование стенотических поражений коронарных артерий у больных с синдромом стенокардии

Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Захарова Е.Г., Ляпкина Н.Б., Макеева Т.Г., Гайдуков А.В., Гурина А.М.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель исследования. Изучить, основываясь на результатах коронарной ангиографии, структуру морфологических изменений сосудистого русла сердца у больных с синдромом стенокардии, их взаимосвязи с клинико-лабораторными характеристиками и оценить возможность прогнозирования стенотического поражения венечного русла.

Материал и методы исследования. В исследование включено 210 больных с ИБС и синдромом стенокардии, которым выполнялась коронарная ангиография. По степени стеноза венечных артерий сердца все обследованные были разделены на две группы: 1-я группа (n=90) – гемодинамически значимые стенозы ($\geq 70\%$); 2-я группа (n=120) – стенозы $< 70\%$, включая интактные сосуды. Всем больным выполнялись нагрузочные тесты, проводилось эхокардиографическое и коронарографическое исследование, мониторингирование ЭКГ по Холтеру, оценивался ряд биохимических показателей крови. Больные с острым коронарным синдромом в исследовании не включались. Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения Statistica 6.0.

Результаты исследования. Клиника типичной стенокардии чаще встречалась у больных 1-й группы (44% случаев), напротив кардиалгии были свойственны пациентам 2-й группы (51% случаев), атипичная стенокардия в равной мере прослеживалась в обеих группах сравнения (34% и 30% случаев соответственно). Предстеновая вероятность (ПТВ) по группам составила 67% и 47% соответственно ($p < 0,05$). Показатели углеводного обмена и уровень общего холестерина по группам не различались ($p \geq 0,05$). Мощность нагрузки по данным ВЭМ была достоверно выше в 2-й группе, напротив величина депрессии сегмента ST оказалась наибольшей в 1-й группы при наименьшей ЧСС на пике пробы ($p < 0,05$). Анализ медикаментозной терапии показал, что патогенетическую терапию в виде антиагрегантов и статинов в подавляющем большинстве случаев получали лишь больные с 1-й группы (93% и 72% соответственно), напротив, как пациенты 2-й группы лишь в 77% и 59% случаев. Три четверти больных в обеих группах получали бета-адреноблокаторы и ингибиторы АПФ, постоянный прием нитратов чаще имел место у пациентов 2-й группы ($p \geq 0,05$). В целях повышения диагностической значимости ПТВ стенотического поражения коронарных сосудов у больных с синдромом стенокардии, нами на основе методов математического моделирования предложено прогностическое уравнение, позволившее уточнить данный показатель: $G = -1,34 \times x_1 + 0,056 \times x_2 + 0,41 \times x_3 + 0,53 \times x_4 - 0,053 \times x_5 - 0,013 \times x_6 + 0,256 \times x_7 + 0,034 \times x_8 - 0,215 \times x_9 + 0,008 \times x_{10}$, где x_1 – пол (муж. – 1, жен. – 2), x_2 – возраст (годы), x_3 – АГ (есть – 1, нет – 0), x_4 – ожирение (есть – 1, нет – 0), x_5 – ПТВ (%), x_6 – креатинин крови (мкмоль/л), x_7 – ВЭМ (величина депрессии ST в мм), x_8 – ВЭМ (мощность нагрузки в Вт), x_9 – ЭхоКГ (наличие зон нарушения локальной сократимости миокарда, есть – 1, нет – 0), x_{10} – ЭхоКГ (индекс массы миокарда в г/м²). Если выполняется условие, что $G(x) = \sum 10X_i \cdot W_i \geq 2,21$ ($G(x)$ – сумма значений признаков, X_i – признак, W_i – вес признака), то больной относится к 2-й группе, а, если данное условие не выполняется, то больной относится к 1-й группе. В 1-й группе правильно классифицировано 68 (76,0%) больных, а 22 (24,0%) больных отнесены ко 2-й группе. Во 2-й группе правильно классифицирован 101 (84%) больной, а 19 (26%) – отнесены к 1-й группе. Суммарная прогностическая корректность классификации 81%. Выводы. Таким образом, использование методов математического моделирования у больных с синдромом стенокардии позволяет прогнозировать вероятность выявления интактных коронарных артерий с вероятностью 81%. Сумма показателей прогностического уравнения больше 2,21 свидетельствовала, что высока вероятность отсутствия стенотического поражения коронарных артерий у больного со стенокардией.

Показатели иммунного воспаления, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, липиды крови у пациентов с ишемической болезнью сердца и персистирующей формой фибрилляции предсердий в зависимости от структурных изменений левого предсердия

Пристром М.С., Штонда М.В., Семененков И.И., Олихфер Ю.А., Чечко Р.Ю., Сосновский С.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь, 2-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Введение. Наиболее распространенным нарушением ритма сердца является фибрилляция предсердий (ФП). Среди механизмов развития

ФП в большинстве случаев имеет место процесс ремоделирования левого предсердия (ЛП) в сочетании с возрастными изменениями, либо активация иммунного воспаления.

Цель исследования: изучить содержание в крови цитокинов: ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ – 6, СРБ, иммуноглобулинов, эйкозопентаеновой и докозгексаеновой жирных кислот (ЭПК и ДГК), липидов крови у пациентов с ИБС и персистирующей формой ФП с дилатацией ЛП и без дилатации ЛП, а также оценить эффективность применения препарата омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК).

Материал и методы. Обследовано 83 пациента с персистирующей формой ФП: с дилатацией ЛП (44 чел.) и без дилатации ЛП (39 чел.). Средний возраст составил 58,2 года. У всех пациентов до и после лечения определяли содержание ФНО- α , ИЛ – 6, ИЛ-1 β методом иммуноферментного анализа, СРБ, иммуноглобулинов класса G, A, M методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини, содержание жирных кислот методом газовой хроматографии. Проводили холтеровское мониторирование ЭКГ. Наряду с терапией, проводимой согласно клиническим протоколам, назначали препарат омега-3 ПНЖК в суточной дозе 2 грамма в течение 12 недель.

Результаты исследования. У пациентов с ФП, особенно без дилатации ЛП, выявлено увеличение содержания в крови провоспалительных цитокинов, иммуноглобулинов А, М, а также СРБ и снижение концентрации ЭПК и ДГК жирных кислот. Содержание липидов крови существенно не различалось. Частота возникновения пароксизмов ФП в группе пациентов без дилатации ЛП была 1,34 случая, а в группе с дилатацией ЛП – 1,27 случая.

Выявлены корреляционные связи между содержанием ЭПЖК и ДГЖК, провоспалительных цитокинов и иммуноглобулинов, с одной стороны, и частотой пароксизмов ФП, с другой стороны. Количество и направленность взаимосвязей преобладали в группе без дилатации ЛП.

После лечения снизилось содержание цитокинов и СРБ, в частности ФНО- α с 3,43 (2,63 – 4,22) пг/мл до 2,78 (1,1 – 4,25) пг/мл, $P < 0,006$, и ИЛ-6 с 4,8 (2,48 – 8,25) пг/мл до 3,53 (0,89 – 6,55) пг/мл, $P < 0,0045$. Также после лечения увеличилось содержание ЭПК с 5,8 \pm 0,6 мкг/мл до 7,7 \pm 0,5 мкг/мл, $P < 0,05$, и ДГК с 29,3 \pm 3,7 мкг/мл до 34,2 \pm 3,2 мкг/мл, $P < 0,05$. Уменьшилась частота возникновения пароксизмов ФП: в группе без дилатации ЛП составила 0,98 случая, в группе с дилатацией – 1,09.

Выводы. Результаты нашего исследования показывают, что в возникновении пароксизмов ФП у пациентов с ИБС, особенно без дилатации ЛП, важное значение имеет иммунное воспаление и содержание омега-3 ПНЖК. Препарат омега-3 ПНЖК рекомендуется применять для профилактики пароксизмов ФП у пациентов с ИБС, особенно без дилатации ЛП.

Критерии тактики лечения пациентов с тромбозом легочной артерии

Пронин А.Г., Тюрин В.П.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования. Определить наиболее значимые клинические и лабораторно-инструментальные критерии тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) для определения показаний к тромболитической и антикоагулянтной терапии.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование выраженности признаков заболевания у 371 больного ТЭЛА, рандомизированных в 2 группы. Первую группу составили 143 пациента с тромботической окклюзией суммарно 10 и более сегментарных артерий (в среднем 11,6 \pm 1,3 артерий) по данным компьютерной

ангиопульмонографии, что соответствует массивному объему поражения легочного русла. Мужчин было 75, женщин – 68. Средний возраст составил 56,2±15,4 г. Вторая группа представлена 228 больными с тромботической окклюзией менее 10 сегментарных артерий (в среднем 2,9±2,4 артерий). Мужчин было 121, женщин – 107. Средний возраст составил 56,1±16,5 и был сопоставим с 1 группой. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, Д-димер, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ вен нижних конечностей, КТ-ангиопульмонографию. В дальнейшем был проведен сравнительный анализ полученных результатов в анализируемых группах, корреляционный и регрессионный анализ полученных результатов.

Результаты исследования. Было установлено, что в первой группе, в отличие от второй наибольшей значимостью обладали такие клинические и лабораторно-инструментальные симптомы как шок или гипотония с уровнем артериального давления менее 90/60 мм рт.ст., пре- или синкопальное состояние в анамнезе, тахикардия с частотой сердечных сокращений более 100 ударов в мин, гипоксемия с насыщенностью артериальной крови менее 90%, набухания вен шеи, акцента 2 тона над легочной артерией, дилатация правого желудочка достигающая размеров больше левого, гипокинезия правого желудочка, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки, повышение давления в легочной артерии более 50 мм рт.ст., расширения нижней полой вены более 20 мм по результатам ЭхоКГ, повышенные значения тропонина I и увеличение NT-proBNP в диапазоне от 1000 до 3000 пмоль/мл, глубокие SIQIII на ЭКГ (p<0,05). Так же все эти симптомы коррелировали с объемом поражения легочного русла при суммарном отсутствии кровотока в 10 и более сегментарных артериях: r=0,36, r=0,31, r=0,39, r=0,32, r=0,31, r=0,38, r=0,34, r=0,32, r=0,31, r=0,49, r=0,37, r=0,39 соответственно. Значимость всех этих параметров для ТЭЛА с массивным объемом поражения подтверждено и при проведении многофакторного регрессионного анализа.

Выводы. Полученные критерии определения объема терапии у больных ТЭЛА детализируют и уточняют стратификацию риска ТЭЛА ассоциированной смерти Европейского общества кардиологов. Их использование оптимизирует принятие решения о выборе варианта терапии, так наличие у пациентов с ТЭЛА сочетания клинических и лабораторно-инструментальных критериев острой перегрузки и повреждения миокарда правого желудочка свидетельствует о массивном поражении легочного русла и необходимости решения вопроса проведения тромболитической терапии.

Особенности полиморбидного профиля у больных саркоидозом легких

Путинцев Ю.В., Попова Е.Н., Панченкова Л.А.

Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на ст. Люблино
ОАО «РЖД»

Актуальность. Полиморбидность представляет собою фундаментальную проблему для современной доказательной медицины. Полиморбидность – 2 и более заболеваний, которые могут не находиться в причинно-следственной связи, но где все заболевания значимы.

Цель исследования. Изучить полиморбидный профиль у больных саркоидозом легких в условиях стационара и поликлиники, оценить структуру имеющейся полиморбидности.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 66 историй болезней и амбулаторных карт пациентов с различными формами саркоидоза, находившихся на лечении и наблюдении в течение 2015-2017 гг. (мужчин 31, средний возраст 38,5 лет; женщин 35, средний возраст 50,4 года). Все пациенты разделены на три группы согласно стадии

течения саркоидоза и проведена оценка полиморбидных профилей. Оценка коморбидности производилась с помощью индекса Charlson.

Результаты. В первую группу пациентов с I стадией саркоидоза вошли 35 человек, среди них 14 мужчин (средний возраст 28,7 лет, средняя длительность течения саркоидоза от момента постановки диагноза – 1,8 лет) и 21 женщина (средний возраст 45,4 года, средняя длительность течения саркоидоза – 2,1 года). Во вторую группу вошли 22 пациента со II стадией саркоидоза – 10 мужчин (средний возраст 46,3 лет, средняя длительность течения саркоидоза – 3,4 года) и 12 женщин (средний возраст 58,3 года, средняя длительность течения саркоидоза – 3,6 года). Третья группа составила 9 пациентов с саркоидозом III стадии – 7 мужчин (средний возраст 46,9 лет, средняя длительность течения саркоидоза 6,7 года) и 2 женщины (средний возраст 55,5 года, средняя длительность течения саркоидоза 6,5 года). В первой группе 80% пациентов имело сопутствующую патологию (28,6% пациентов имело по 1 сопутствующему заболеванию, 37,2% – 2 сопутствующих заболевания, 14,2% – 3 и более). Средний индекс Charlson составил 1,3. Во второй группе 91% пациентов имели сопутствующую патологию (31,9% пациентов по 1 сопутствующему заболеванию, 36,4% – 2 заболевания, 22,7% – 3 и более). Средний индекс Charlson составил 1,9. В третьей группе все пациенты имели сопутствующую патологию (22,2% пациентов имело две сопутствующей патологии, 77,8% – 3 и более). Средний индекс Charlson – 2,8. Полиморбидный профиль у пациентов с саркоидозом I стадии выглядит следующим образом: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 4,3%, артериальная гипертензия (АГ) – 54,3%, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) – 13%, бронхиальная астма (БА) – 8,6%, сахарный диабет (СД) – 6,5%, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (ЯБ) – 6,5%, желчекаменная болезнь (ЖКБ) – 4,3%, хроническая цереброваскулярная болезнь (ХЦВБ) – 2,1%. Во второй группе сопутствующая патология составила: ИБС – 9%, АГ – 45,4%, ХНЗЛ – 15,9%, БА – 11,3%, СД – 9%, ЯБ – 6,8%, ХЦВБ – 2,2%. В третьей группе пациентов с саркоидозом III стадии сопутствующая патология составила: ИБС – 10,7%, АГ – 35,7%, ХНЗЛ – 10,7%, БА – 7,1%, СД – 21,4%, ЯБ – 7,1%, ХЦВБ – 7,1%. В зависимости от особенностей клинической картины пациентам с I стадией саркоидоза проводилась терапия: системными глюкокортикостероидами (ГКС) – 17 человек, пентоксифиллин в сочетании с витамином Е – 18 человек. Во второй группе (II стадия саркоидоза) терапию ГКС получали 14 пациентов, пентоксифиллин в сочетании с витамином Е – 8. В группе пациентов с III стадией саркоидоза курс терапии с ГКС получали 6 пациентов, пентоксифиллин в сочетании с витамином Е – 3.

Выводы. 1. Анализ стадийности течения саркоидоза показывает преимущественно медленное прогрессирование заболевания. 2. Полиморбидный профиль во всех группах показывает преобладание сердечно-сосудистой патологии и заболевания дыхательной системы. 3. Наличие полиморбидности следует учитывать при проведении обследования пациентов с саркоидозом и оптимизации режима лечения.

Изучение сравнительной эффективности лозартана и лизиноприла на уровень нейрогуморальных показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью

Расулова З.Д., Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Хакимова Р.А.

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

Цель. Изучить динамику уровней мозгового натрийуретического пептида (МНУП), альдостерона (Ал) и норадреналина (НА) в сыворотке крови у

больных со II и III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне лечения лозартаном и лизиноприлом. Методы исследования. Были обследованы 46 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ХСН с II-III ФК, согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов. Первую группу (I) составили 23 больных с II ФК (12) и III ФК ХСН (11 больных), принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (бисопролол, спиронолактон) – лозартан; вторую группу (II) – 23 больных с II ФК (12) и III ФК ХСН (11 больных) – лизиноприл, доза титровалась, средняя доза лозартана – 69,3±25,8 мг/сут, лизиноприла – 7,5±3,9 мг/сут. Всем больным проводили эхокардиографию, определяли иммуноферментным методом определяли уровень Ал, МНУП и НА.

Результаты. При ХСН наблюдалось достоверное увеличение уровня МНУП, НА и Ал в плазме крови, коррелирующее со степенью прогрессирования заболевания, при этом у больных со II ФК преобладают средневысокие уровни нейrogормонов, а у больных с III ФК высокие уровни этих показателей. У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП и Ал на 187%, 30% и на 36% ($p<0,001$), а у больных III ФК на 330%, 56% и 66,3% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с контрольной группой. Установлена зависимость процессов ремоделирования от уровня нейrogормональных факторов (МНУП, Ал, НА) у больных ХСН. Выявлена ассоциация уровня нейrogормонов МНУП, Ал и НА с показателями ремоделирования сердца: высокая обратная корреляция с ФВ ($r=0,76$, $r=0,70$ и $r=0,72$ соответственно), прямая корреляция с КДО ЛЖ ($r=0,75$, $r=0,78$ и $r=0,70$ соответственно). Таким образом, у больных ХСН достоверное увеличение нейrogормональных факторов НА, МНУП и Ал ассоциировано с ФК ХСН, степенью систолической дисфункции ЛЖ. Анализ показателей нейrogормональных факторов в динамике лечения показал достоверное снижение уровня МНУП, Ал и НА в обеих группах. Через 6 месяцев лечения у больных первой группы было отмечено снижение уровня нейrogормонов (МНУП, Ал и НА) у больных с II ФК на 43,7%, 21,2%, 22,5% соответственно; у больных с III ФК на 31,7%, 42,6%, 9,9% соответственно по сравнению с исходными показателями. Через 6 месяцев лечения у больных второй группы было отмечено снижение уровня нейrogормонов (МНУП, Ал и НА): у больных с II ФК – на 36,5%, 21,2%, 22,5% соответственно, у больных с III ФК – на 35,2%, 31,2%, 8,3% соответственно по сравнению с исходными показателями. Заключение. Таким образом, шестимесячная терапия лозартаном и лизиноприлом на фоне стандартной терапии (бисопролол, спиронолактон) позволила добиться достоверного снижения МНУП, Ал и НА, при этом не было отмечено достоверных сопоставимых отличий в обеих группах больных.

Изучение влияния лизиноприла и лозартана на диастолическую функцию левого желудочка больных с хронической сердечной недостаточностью

Расулова З.Д., Камилова У.К., Хакимова Р.А., Нуриддингов Н.Н., Тошев Б.Б.

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

Цель. Изучить влияние лизиноприла и лозартана на показатели диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ) больных с I-III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 223 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III ФК ХСН исходно и через 6 месяцев лечения. Первую группу (I) составили 118 больных с I ФК (28), II ФК (51) и III ФК ХСН (39 больных) принимавшие в составе стандартной терапии в течение 6 месяцев – лизиноприл; вторую группу (II) – 105 больных с I ФК (22), II ФК (49) и III ФК ХСН (34 больных) принимавшие – лозартан, (средняя доза лозартана составила 76,3±25,6, лизиноприла 7,8±2,6). Средний возраст больных составил 62,3±5,6 лет. ДФ ЛЖ оценивали эхокардиографией с оценкой: максимальной скорости раннего наполнения ЛЖ (Е, см/с), максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А, см/с), соотношения Е/А, времени замедления скорости потока в фазу раннего наполнения ЛЖ (DT, мс), времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT, мс) исходно и через 6 месяцев лечения. При этом оценивали степень диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ: I тип – замедленной релаксации (гипертрофический); II тип – псевдонормальный; III – рестриктивный тип.

Результаты исследования. Анализ исходных показателей ДФ у больных I-III ФК ХСН показал снижение показателя Е, увеличение А ($p<0,05$), отклонение от нормы соотношения Е/А, увеличение времени IVRT ($p<0,05$) по сравнению с показателями группы контроля. Нарушения ДФ исходно были определены у 81,8% больных ХСН: I тип был зафиксирован у 59,3%, II тип – у 19,5%, III тип – у 3,1% больных. У больных I группы с I и III ФК ХСН после 6-месячного лечения показатели ДФ: пик Е, А и отношение Е/А, время IVRT и DT имели тенденцию к улучшению, не достигнув достоверных значений; со II ФК ХСН – увеличение пика Е и Е/А – на 12,6% ($p<0,005$) и 19,6% ($p<0,001$), уменьшением А – на 10,1% ($p<0,02$) соответственно по сравнению с исходными показателями. У больных II группы с I ФК ХСН после 6-месячного лечения было отмечено увеличение пика Е и Е/А – на 22,7% ($p<0,001$) и 28,4% ($p<0,001$), укорочении IVRT и DT – на 4,6% ($p<0,01$) и 12,4% ($p<0,001$) по сравнению с исходными показателями; со II ФК ХСН достоверное уменьшение А – на 10,1% ($p<0,05$) по сравнению с исходными показателями; с III ФК ХСН – увеличение Е – на 12,6% ($p<0,01$), уменьшение DT – на 12,7% ($p<0,05$) по сравнению с исходными показателями. Выводы. Таким образом, анализ показателей ДФ показал преобладание нарушения релаксации у больных с ХСН. 6-месячное лечение больных с I-III ФК ХСН сопровождалось достоверным улучшением ДД ЛЖ с уменьшением пика А и IVRT ($p<0,05$) с преимуществом в группе больных, принимавших лозартан.

Оценка липидного профиля и антиаритмической эффективности тирозола, биспролола и соталола у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий при субклиническом тиреотоксикозе

Рахматуллоев Р.Ф.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель исследования. Изучить липидный профиль и антиаритмическую эффективность тирозола, биспролола, соталола, комбинации тирозола с биспрололом и тирозола с соталолом у больных с бессимптомными пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на фоне сочетания субклинического тиреотоксикоза со стенокардией напряжения. Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 38 больных с бессимптомными пароксизмами ФП на фоне сочетания субклинического тиреотоксикоза со стенокардией напряжения. Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), ультразвуковое исследование

щитовидной железы (УЗИ ЩЖ), определение уровня тиреоидных гормонов и липидного профиля.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что у больных с пароксизмами ФП (ПФП) на фоне субклинического тиреотоксикоза имеет место нормальный уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП), низкий уровень триглицеридов (ТГ) и коэффициента атерогенности и высокий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП). При сочетании субклинического тиреотоксикоза с симптомами ПФП выявлено увеличение уровня общего холестерина на 8,4% ($p=0,347$), ХСЛПНП – на 24,7% ($p=0,002$), ТГ – на 98,4% ($p<0,001$), коэффициента атерогенности – на 98,7% ($p<0,001$) и снижение ХСЛПВП на 35,5% ($p<0,001$), а при сочетании субклинического тиреотоксикоза с бессимптомными ПФП на 14,5% ($p=0,0854$), 27,2% ($p<0,001$), 114,9% ($p<0,001$), 129,3% ($p<0,001$), 39,5% ($p<0,001$) соответственно. Комбинированное применение тирозола с соталолом уменьшило общий холестерин на 29,3% ($p<0,001$), ХСЛПНП на 25,0% ($p<0,001$), ТГ на 38,5% ($p<0,001$), коэффициент атерогенности на 57,9% ($p<0,001$) и увеличил ХСЛПВП на 37,0% ($p<0,001$). Выявлено, что тирозол не обладает антиаритмической активностью. С учетом критериев эффективности антиаритмической терапии и побочных проявлений, у больных с бессимптомной ФП на фоне сочетания субклинического тиреотоксикоза со стенокардией напряжения, антиаритмическая эффективность биспролола и соталола составила 36,8%, 39,5%, а побочные проявления – 15,8%, 13,2% соответственно. На фоне комбинированного применения тирозола с биспрололом и тирозола с соталолом установлено увеличение антиаритмической эффективности до 42,1%, 44,7% и уменьшение количества побочных проявлений до 13,2%, 10,5% соответственно.

Таким образом, у больных с бессимптомными ПФП на фоне сочетания субклинического тиреотоксикоза со стенокардией напряжения происходит выраженное нарушение липидного обмена. Комбинированное применение соталола с тирозолом является предпочтительным в качестве антиаритмической терапии у больных с бессимптомными пароксизмами ФП на фоне сочетания субклинического тиреотоксикоза со стенокардией напряжения.

Особенности хронической сердечной недостаточности у больных с сахарным диабетом

Резник Е.В., Лазарев В.А., Никитин И.Г.

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

Цель. Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и сахарного диабета (СД) – крайне актуальная проблема внутренней медицины. Задачей нашего исследования было выявить особенности течения и прогноза ХСН у больных с СД 2 типа.

Методы. Проанализированы данные историй болезни 1629 пациентов, находившихся на лечении по поводу декомпенсации ХСН в многопрофильном стационаре, у 23,4% из которых был диагностирован СД 2 типа. Из них отобраны данные 211 пациентов с ХСН и СД 2 типа без первичной патологии почек, печени, онкологических, аутоиммунных заболеваний (ХСНСД2). Эта группа состояла из 51,6% мужчин, 48,4% женщин. Медиана (интерквартильный размах) возраста составили 68 (62-76) лет, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, Simpson) – 35 (27-45) %, гликированный гемоглобин крови – 7,4 (6,4-8,8) %, NT-proBNP – 7925 (3940-10500) нг/л.

Результаты. Среди пациентов с ХСНСД2 сниженная ФВ ЛЖ (<40%) была у 61,6%, промежуточная ФВ ЛЖ (40-<50%) – у 22,3%, сохраненная ФВ ЛЖ (>=50%) – у

16,1%. I функциональный класс (ФК) по NYHA был диагностирован у 0,9%, II ФК – у 8,3%, III ФК – у 77,9%, IV ФК – у 12,9% пациентов с ХСНСД2. Сумма баллов по шкале оценки клинического состояния составила 7 (5-11). У 53,8% не было фибрилляции предсердий (ФП) в анамнезе, у 42,3% была постоянная форма ФП, у 3,8% – пароксизмальная форма ФП. У 95,7% пациентов с ХСНСД2 была артериальная гипертензия, у 67,4% – перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе. У 7,3% пациентов с ХСНСД2 при эхокардиографии выявлена постинфарктная аневризма левого желудочка без пристеночного тромба, 8,3% – аневризма с тромбом, у 24% – признаки внутрисердечного тромбоза без данных за аневризму ЛЖ. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составила 49 (37-62) мл/мин/1,73 м². Протеинурия в общем анализе мочи была выявлена у 37% пациентов с ХСНСД2, уровень ее составил 0 (0-0,3) г/л. Уровень альбуминурии при иммунотурбидиметрическом анализе мочи составил 52 (47-350) мг/сут. Хроническая болезнь почек была диагностирована, в соответствии с рекомендациями KDIGO, у 84,3% пациентов с ХСНСД2. 2 стадия ХБП имела место у 26,3%, 3 стадия – у 31,9%, 4 стадия – у 24,4%, 5 стадия – у 1,9% пациентов с ХСНСД2. Всем пациентам при выписке была рекомендована терапия согласно современным международным и российским рекомендациям по ведению больных с ХСН, с также таблетированные сахароснижающие препараты – 37,4%, инсулинотерапия – 25,3%, комбинированная сахароснижающая терапия из пероральных препаратов и инсулина – 2% пациентов с ХСНСД2. За время наблюдения (медиана 17 месяцев, минимум 0,3 месяца, максимум 66 месяцев) у 16% пациентов развился острый инфаркт миокарда, у 41% – ФП, у 10,7% – инсульт, у 16% – тромбоэмболия легочной артерии. Смертность в представленной группе больных с ХСНСД2 составила 32% за время наблюдения. Смертность была достоверно выше у пациентов с уровнем СКФ <60 и <45 мл/мин/1,73м² ($p<0,05$) и сниженной/промежуточной ФВ ЛЖ ($p<0,05$) в сравнении с остальными.

Заключение. 84,3% пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа имеют хроническую болезнь почек. Дисфункция сердца и почек определяют прогноз у этой категории больных. У больных с сердечной недостаточностью и сахарным диабетом высок риск развития инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий, инсульта и тромбоэмболии легочной артерии. Необходима разработка и внедрение превентивных стратегий для улучшения прогноза и качества жизни таких пациентов.

Вариабельность интервала QT у женщин 18-40 лет по данным полного протокола дисперсионного картирования

Ризаев А.М., Носенко Н.С., Кибизова И.Г.

Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Москва

Цель. Определить величину разности максимальной и минимальной величины интервала QT (DQT) у женщин молодого возраста через анализ полного протокола дисперсионного картирования (ДК).

Актуальность. Увеличенная DQT рассматривается как предиктор внезапной сердечно-сосудистой смерти. Данные о величине DQT у здоровых молодых лиц, противоречивы. Не удаётся найти работ, посвящённых изучению DQT через анализ данных полного протокола ДК. Целесообразность популяционных исследований детерминирована множеством причин, таких как неоднородность популяции внутри себя, необходимость выявления основных параметров групп населения, прогнозирования возможных изменений в состоянии здоровья людей и др.

Исследованный контингент и методики. В выборку включены данные 128 клинически здоровых женщин 18-40 лет. Произведена антропометрия,

рассчитан индекс массы тела (ИМТ), выполнены ЭКГ и ДК прибором Кардиовизор 06С, собран анамнез, проанализированы результаты лабораторных тестов. Рассчитана DQT (разность между максимальным и минимальным значениями продолжительности интервала QT). Статистическая обработка результатов исследования выполнена с помощью программ Excel Microsoft Office и Statistica 10.0. Данные приведены в формате Среднее (Стандартное отклонение; Уровень надёжности). Характеристика группы. Средний возраст исследованных 28,39 (5,37; 0,94) лет; индекс массы тела - 22,72 (4,22; 0,74) кг/м²; артериальное давление у всех исследуемых было ниже 140/90 мм рт ст. Полученные результаты. Данные анализа полного протокола ДК. «Средний PS», пульс в мин. 78,19 (9,71; 1,70). Индекс «Миокард» (ИИМ), % 13,41 (3,52; 0,62). Индекс «Ритм» (ИР), % 19,70 (16,79; 2,94). Длительность интервала QT, мсек 366,70 (24,97; 4,37). QT мин, мсек 308,91 (20,01; 3,50). QT Макс, мсек 396,33 (23,87; 4,18). QTк 0,41 (0,02; 0,003). Величина DQT 87,42 (12,12; 2,12). По данным ЭКГ средняя величина продолжительности интервала QT 368,83 (21,78; 3,81) мсек; QTс 409,05 (23,23; 4,06) мсек. Выполнен корреляционный анализ. Величина DQT не зависит от антропометрических величин, в том числе ИМТ, ИИМ. Выявлена слабая связь с ИР $r = -0,34$. ДК выполнялось приблизительно через 20 мин. после ЭКГ. Найдена корреляция DQT между данными ДК и ЭКГ, $r = 0,41$; Коэффициент Кендалла = 0,12, ранговая корреляционная связь значимая. Таким образом, в обследованной группе величины индексов «Миокард» и «Ритм» находятся в нормальных пределах и соответствуют величинам, определяемыми другими авторами. Длительность интервала QT и QTс ЭКГ нормальная у всех исследованных. Продолжительность QT и QTс, определённая в результате ДК находится в нормальных границах. Выводы: 1. Средние величины ИИМ и ИР у клинически здоровых женщин находятся в нормальных границах. 2. Длительность интервала QT и величина скорректированного интервала (QTк) по данным ДК остаются в границах нормы. 3. Величина DQT у женщин 18-40 лет составляет 87,42 (12,12; 2,12) мсек. 4. Выявлена слабая корреляционная связь между значением DQT и Индексом «Ритм». Ранговая корреляционная связь между QT ЭКГ и ДК значимая. 5. По нашим данным, величина DQT не связана с возрастом, индексом массы тела и Интегральным индексом «Миокард», что позволяет считать применение ДК в клинической практике обоснованным. 6. ДК является доступной, комфортной для исследуемого, высоко информативной методикой, данные которой сопоставимы с результатами ЭКГ.

Роль фактора некроза опухоли-альфа в оценке воспаления при алкогольном циррозе печени

Родина А.С., Дуданова О.П., Шубина М.Э., Курбатова И.В.

Петрозаводский государственный университет, Институт Биологии Карельского отделения РАН, Петрозаводск

Актуальность. Туморнекротический фактор альфа (TNF-а) является ключевым цитокином, ответственным за развитие иммунного воспаления при различных заболеваниях печени, в том числе и при алкогольном циррозе печени (АЦП). От интенсивности воспалительного процесса зависит тактика лечения и прогноз течения ЦП.

Целью исследования явилось определение диагностической роли TNF-а при АЦП.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных АЦП: 19 (47,5%) мужчин, 21 (52,5%) женщина в возрасте 49,6±12,3 года. Определялись: гемограмма, уровни аланинаминотрансферазы (АЛАТ), аспартатаминотрансферазы (АСАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), билирубина, альбумина, протромбина, С-реактивного протеина (СРП).

Выполнялась абдоминальная сонография эзофагогастродуоденоскопия. Активность некротически-воспалительного процесса (НВП) оценивалась на основании традиционных показателей: аминотрансфераз, СРП, числа лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Уровень TNF-а определялся ИФА-методом, тест-системы Human TNFα Platinum ELISA, eBioscience (Австрия). Лабораторные исследования выполнялись до начала лечения. Критерии исключения: острые и хронические бактериальные, вирусные, аутоиммунные заболевания, а также осложнения ЦП в виде кровотечения из варикозных вен пищевода, асцита-перитонит, гепаторенального синдрома. Контрольную группу составили 37 здоровых доноров, уровень TNF-а у них был 4,2±1,4 пг/мл. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программного обеспечения StatGraphics 2.1. Для сравнения показателей применялся U-тест Манна-Уитни. Результаты. По классам Чайлд-Пью пациенты распределились следующим образом: класс А – у 6 (15,0%), класс В – у 27 (67,5%) и класс С – у 7 (17,5%) пациентов; по активности НВП с учетом традиционных маркеров – слабая активность (СА) – у 6 (15,0%), умеренная (УА) – у 13 (32,5%) и высокая активность (ВА) – у 21 (52,5%) пациента. Уровень TNF-а в целом при АЦП составил 16,4±7,1 пг/мл, наибольшим он был у пациентов класса В – 16,2±1,8 пг/мл, ниже, но недостоверно, у пациентов класса С – 14,2±15,2 (p>0,05) и класса А – 12,7±6,1 пг/мл (p>0,05). Существовал параллелизм между TNF-а и традиционными лабораторными показателями НВП: максимально они были выражены у пациентов класса В – АЛАТ – 64,7±56,1 Ед/л, АСАТ – 127,3±142,5 Ед/л, СРП – 24,5±12,8 мг/л, лейкоциты – 9,58±1,7х10⁹/л, СОЭ – 22,8±15,2 мм/час; ниже были у пациентов класса С – АЛАТ – 25,83±5,1 Ед/л, АСАТ – 55,35±4,1 Ед/л, СРБ – 11,6±2,7 г/л, лейкоциты – 8,6±3,6х10⁹/л, СОЭ – 22,3±20,1 мм/час и у пациентов класса А показатели были минимальными – АЛАТ – 21,9±2,3 Ед/л (p<0,05), АСАТ – 43,9±13,5 Ед/л (p<0,05), СРП – 8,9±0,8 г/л (p<0,05), лейкоциты – 7,85±2,9х10⁹/л, СОЭ – 15,8±6,9 мм/час. Уровень TNF-а у пациентов СА составил 12,4±4,3 пг/мл, при УА – 12,5±4,9 пг/мл (p>0,05) и при ВА – 17,4±8,0 пг/мл (p>0,05). Традиционные маркеры НВП при СА, в отличие от уровня TNF-а, который был повышен почти в 3 раза по сравнению с нормой, были минимально изменены: АЛАТ – 33,6±2,6, АСАТ – 39,3±34,5 Ед/л, СРП – 6,2±2,3 г/л, лейкоциты – 6,7±1,9х10⁹/л, СОЭ – 11,2±5,3 мм/час; при УА маркеры были выше – АЛАТ – 33,7±26,8 Ед/л, АСАТ – 60,9±30,9 Ед/л, СРП – 13,6±8,1 мг/л, лейкоциты – 5,89±1,0х10⁹/л, СОЭ – 28,7±17,3 мм/час; и при ВА – АЛАТ – 64,7±44,2 Ед/л (p<0,05 по сравнению со СА), АСАТ – 118,8±101,2 Ед/л, СРП – 24,5±17,5 мг/л (p<0,05), лейкоциты – 9,45±4,8х10⁹/л, СОЭ – 39,5±20,5 мм/час (p<0,05). Определенная традиционными методами слабая активность НВП у пациентов АЦП не соответствовала более выраженной активности воспаления, выявленной с помощью TNF-а.

Выводы. Уровень TNF-а у пациентов АЦП возрастал в 3,9 раза по сравнению с таковым у здоровых лиц. Содержание TNF-а максимальным было у пациентов класса В и минимальным – класса А. Определение TNF-а в отличие от традиционных маркеров воспаления (СРП, СОЭ, числа лейкоцитов) позволяло выявлять воспаление при АЦП на более ранней стадии.

Первый опыт применения в Республике Беларусь технологии 2D speckle-tracking эхокардиографии для оценки сократимости грудного отдела аорты

Рудой А.С., Бова А.А., Валуженич Я.И., Шкрбенева Э.И., Островский Ю.П., Спиридонов С.В., Курлянская Е.К., Сидоренко И.В., Жигалкович А.С.

Белорусский государственный медицинский университет, 9-я городская клиническая больница, Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Актуальность. Поиск дополнительных факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и сердечно-сосудистых исходов привел к рассмотрению биомеханических свойств восходящей аорты в качестве предиктора сосудистых катастроф. Изучение и понимание биомеханики сердца и сосудов, в свою очередь, было расширено с появлением нового инструмента для оценки (визуализации) сократимости сердечно-сосудистой системы – технологии 2D speckle-tracking эхокардиографии (2D-STE).

Цель. Изучить возможность применения технологии и разработать методику оценки сократимости грудного отдела аорты методом 2D speckle-tracking эхокардиографии.

Материалы и методы. Обследовано 13 здоровых лиц (8 мужчин и 5 женщин, средний возраст 37,2 [32,1-45,2] года) с выполнением чреспищеводной эхокардиография (ЧПЭхоКГ) на аппарате Vivid 9 (GE) по разработанной методике. С использованием станции GE EchoPAC проведен анализ изображений аорты; выполнена оценка показателей глобальной деформации (global strain) (%), а также скорость деформации (strain rate) (с-1).

Результаты. Общая деформация составила – 11,6±3,4%, скорость деформации – 1,2±0,4 с-1. Сравнение полученных данных с аналогичными результатами зарубежных коллег затруднено в силу наличия лишь единичных работ в данной области. Для валидации предложенного нами метода, определения чувствительности и специфичности требуются дальнейшие популяционные исследования. Вместе с тем, уже на данном этапе представляется возможным и имеет несомненный интерес анализ сократимости (деформации) восходящего отдела грудной аорты с целью предикции ее расширения и/или развития аневризмы.

Вывод. В результате исследования продемонстрирована возможность применения технологии 2D-STE для оценки деформации грудного отдела аорты. Можно предполагать, что применение в клинической практике данного метода значительно расширит возможности оценки биомеханических свойств аорты и обусловит поиск новых факторов риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов.

Многоцелевая монотерапия синдрома раздраженного кишечника у больных сахарным диабетом 2 типа

Рунова А.А., Жулина Н.И., Калининкова Л.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Целью работы было оценить влияние терапии, направленной на нормализацию состояния толстого кишечника при СРК, на показатели углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное исследование, в которое включено 42 пациента СД-2: 17 мужчин и 25 женщин, средний возраст 54±3,4 года, длительность СД-2 составила от 1 до 6 лет. Пациенты, включенные в исследование, имели уровень гликированного гемоглобина близкий к целевым (7,39±0,12%) и коррекции сахароснижающей терапии в течение последующих 3-х месяцев больным не проводилось. Сопутствующей патологией у больных был синдром раздраженного кишечника с запорами (диагноз ставился согласно Римским критериям III): у 12-ти больных – чередование запора с диареей, у остальных – запоры; у 71% больных абдоминальный болевой синдром без четкой локализации с интенсивностью боли по шкале ВАШ от умеренной до сильной от 4 до 8 баллов (в среднем - 5,7±1,5 баллов); метеоризм различной степени выраженности наблюдался у всех больных; нарушение микрофлоры различной степени выраженности.

С целью нормализации функции кишечника для лечения больным назначался прием метабиотка, в состав которого входит 250 мг масляной кислоты + 250 мг инулина + мультиматриксная система доставки. Метабиотик назначался 2 недели по 3 таблетки в день, а затем по 2 таблетки в день 10 недель, всего 12 недель.

Через 12 недель терапии отмечена положительная динамика со стороны кишечника:

- снижение выраженности болевого абдоминального синдрома наблюдалось у всех больных: по шкале ВАШ колебалась от 0 до 2 баллов (в среднем составила – 1,0±0,5 баллов)
- нормализация стула отмечена у 95,6% больных
- выпяченное снижение метеоризма.

Наблюдалась положительная динамика показателей углеводного обмена. Так, гликемия натощак незначительно снижалась: до лечения составила 6,8±0,3 ммоль/л, после курса лечения 6,6±0,8 ммоль/л (статистически достоверно). Однако, уровень постпрандиальной гликемии у больных статистически достоверно снизился: с 8,9±0,6 ммоль/л до 7,9±0,5 ммоль/л (p<0,05). Через 12 недель терапии наблюдалось снижение показателя гликированного гемоглобина (HbA1c) с 7,39±0,12% до 7,27±0,08% (статистически достоверно).

В результате нашего исследования 12-недельная терапия комбинацией «бутировая кислота+ инулин», как и ожидалось, дала положительную динамику клинических симптомов синдрома раздраженного кишечника. Однако, даже за такой короткий срок мы наблюдали у больных также положительную динамику показателей углеводного обмена: статистически достоверное снижение постпрандиальной гликемии и тенденцию к снижению гликированного гемоглобина. При этом, изменений в ранее подобранной сахароснижающей терапии не проводилось. Это положительное влияние на углеводный обмен можно отнести за счет улучшения состояния кишечника: основной эффект бутировой кислоты и инулина, как известно, направлен на восстановление слизистой оболочки толстого кишечника, в том числе и L-клеток, что возможно, опосредовано восстанавливает и активность гормонов кишечника, в том числе и ГПП-1 и в конечном итоге снижает уровень постпрандиальной гликемии.

Для получения статистически более достоверных данных о положительном влиянии на углеводный обмен бутировой кислоты и инулина необходимо более длительное исследование.

Таким образом, терапия СРК у больных СД-2 с использованием комбинации бутировой кислоты и инулина является не только эффективной для коррекции кишечной симптоматики, но и положительно влияет на углеводный обмен.

Комбинация бутировая кислота+инулин может являться многоцелевой монотерапией для больных сахарным диабетом 2 типа и СРК.

Изменения суточного индекса артериального давления у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени

Савельева Т.В., Вахрушев Д.С.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: изучить суточный профиль АД у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Материалы и методы. Обследовано 145 пациентов с установленными диагнозами хронический гепатит (ХГ) вирусной и токсической этиологии – 85 (58,6%) человек и цирроз печени (ЦП) – 60 (41,4%) человек, из них 85 (58,6%) мужчин и 60 (41,4%) женщин. Средний возраст пациентов с ХГ составил 47,7±1,9 лет, пациентов с ЦП – 50,4±2,02 лет. Группа контроля

включала 50 человек, сопоставимых по возрасту и полу. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате WatchBP® O3. По результатам СМАД и оценке суточного индекса (СИ%) АД все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от степени снижения АД ночью: 1-я группа - dipper (снижение АД на 10-20%), 2-я группа - non-dipper (0-10%), 3-я группа - night-piker (<0%), 4-я группа - over-dipper (>20%). Полученные результаты. Нагрузка давлением у пациентов с ХГ днем составила $41,0 \pm 7,25\%$, ночью – $49,8 \pm 7,1\%$, у пациентов с ЦП – $32,5 \pm 8,5\%$ и $40,9 \pm 7,1\%$ соответственно. В группе контроля нагрузка давлением днем была $27,8 \pm 3,4\%$, ночью - $28,1 \pm 2,55\%$. Средние суточные значения САД составили $121,82 \pm 2,0$ мм рт.ст. и $116,75 \pm 3,1$ мм рт.ст. при ХГ и ЦП соответственно, в группе контроля – $120,9 \pm 1,5$ мм рт.ст. Достоверных различий в значениях пульса в группах пациентов выявлено не было. В группе контроля соответственно СИ% АД, dipper было 40 человек (80%), non-dipper - 10 человек (20%); лиц, относящихся к 3-й и 4-й группам, не было. Среди пациентов с ХГ распределение имело следующий вид: dipper - 25 (29,4%), non-dipper - 40 (47%), night-piker - 15 (17,6%), over-dipper - 5 (6%). Распределение пациентов с ЦП было следующим: 15 (25%), 35 (58,3%), 10 (16,7%), 0 (0%) соответственно. СИ% АД составил $8,58 \pm 1,6\%$ и $5,60 \pm 1,7\%$ при ХГ и ЦП соответственно, что соответствует группе non-dipper. В группе контроля СИ% АД составил $11,01 \pm 0,4$, что соответствует группе dipper. У пациентов с ХГ и ЦП отмечалось менее интенсивное ночное снижение АД по отношению к контрольной группе ($p < 0,05$). Вместе с тем при ЦП ночное снижение АД было не таким выраженным, как при ХГ ($p < 0,05$). Выводы. У пациентов с ХГ и ЦП отмечается более выраженная нагрузка давлением ночью и недостаточное ночное снижение АД. Выявленные отклонения гемодинамики, вероятно, могут способствовать возникновению и/или прогрессированию сердечно-сосудистой патологии. Данные изменения также могут быть обусловлены поражением миокарда и изменением внутрисердечной гемодинамики, развивающимися на фоне ХДЗП.

Взаимосвязь уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида и тяжести сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией и дисфункцией щитовидной железы

Савчук Н.О., Савчук О.М., Гагарина А.А., Ушаков А.В., Гордиенко А.И., Химич Н.В.

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Медицинская академия им/С.И. Георгиевского, Симферополь

Патология щитовидной железы (ЩЖ) занимает одно из ведущих мест в структуре эндокринных заболеваний, уступая лишь сахарному диабету. Как повышение, так и снижение уровня гормонов щитовидной железы оказывают негативное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы. Результатом этих изменений во многих случаях является развитие сердечной недостаточности (СН). Уже долгое время ведутся поиски методов объективизации тяжести СН. Одним из таких методов является тест с шестиминутной ходьбой, другим – количественное определение уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови. Многочисленные исследования убедительно показали, что повышение уровня NT-proBNP в крови отражает дисфункцию миокарда. Было продемонстрировано, что уровень NT-proBNP в крови пациентов имеет прямую корреляцию с функциональным классом (ФК) СН у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности, с ишемической болезнью сердца. Однако количество работ в которых

изучался уровень NT-proBNP в сыворотке крови пациентов с дисфункцией ЩЖ довольно небольшое, и результаты их противоречивы.

Цель работы: изучить взаимосвязь уровней NT-proBNP и ФК СН у пациентов с АГ в сочетании с различными формами дисфункции ЩЖ.

Материалы и методы. В исследование включен 101 пациент в возрасте от 39 до 58 лет, страдающих АГ 1 и 2 степени, 1 и 2 стадии, из которых: 39 пациентов с АГ в сочетании с тиреотоксикозом (6 мужчин и 33 женщины, средний возраст $50,15 \pm 1,11$ лет); 40 - с АГ в сочетании с гипотиреозом (8 мужчин и 32 женщины, средний возраст $52,63 \pm 0,58$ лет); 22 - с АГ без нарушений функции ЩЖ (5 мужчин и 17 женщин, средний возраст $49,4 \pm 1,42$ лет). Контрольную группу составили 20 человек без сердечно-сосудистой и тиреоидной патологии (9 мужчин и 11 женщин, средний возраст $51,20 \pm 0,87$ лет). У всех пациентов помимо стандартного общеклинического исследования, изучался уровень NT-proBNP методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов (NT-proBNP ИФА ВЕКТОР БЕСТ). Корреляционный анализ проводили с помощью критерия Спирмена.

Результаты. Наиболее высокий уровень NT-proBNP ($393,06 \pm 120,51$ пг/мл) имел место в группе пациентов с АГ в состоянии тиреотоксикоза и достоверно превышал таковой в группе с изолированной АГ ($41,85 \pm 4,0$ пг/мл) и в группе контроля ($18,14 \pm 1,27$). У пациентов с АГ в состоянии гипотиреоза, несмотря на достоверную разницу с контрольной группой и группой с изолированной АГ, в среднем уровень данного показателя не выходил за пределы нормы и составил ($45,16 \pm 6,81$ пг/мл). Средний ФК в исследуемых группах составлял: $1,71 \pm 0,08$ в группе АГ с тиреотоксикозом; $2,05 \pm 0,11$ в группе АГ с гипотиреозом; $0,41 \pm 0,11$ в группе АГ без тиреоидной дисфункции. Как видно, наиболее высокий средний ФК СН был выявлен в группе пациентов с гипотиреозом, тогда как уровень NT-proBNP был наиболее выраженно повышен у пациентов с тиреотоксикозом. При проведении корреляционного анализа было установлено, что уровень NT-proBNP имел положительную взаимосвязь с уровнем свободного тироксина в крови ($r = 0,42$; $P < 0,05$) и отрицательную - с уровнем тиреотропного гормона в крови ($r = -0,49$; $P < 0,05$). Достоверных взаимосвязей между уровнем NT-proBNP в сыворотке крови и функциональным классом СН выявлено не было.

Таким образом, установлено, что у пациентов с АГ в сочетании с дисфункцией ЩЖ уровень NT-proBNP в сыворотке крови не отражает степень тяжести СН.

Влияние хронического гнойного воспаления лёгких на морфологические изменения диафрагмы (экспериментальное исследование)

Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Залялова З.С., Абдуллаев А.Х.

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

Существенную роль в развитии дыхательной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью лёгких играет нарастающая слабость дыхательной мускулатуры и, в первую очередь, главной дыхательной мышцы - диафрагмы. Основные функции диафрагмальной мышцы обеспечивают важное значение её структурно-функциональных изменений при дыхательной недостаточности.

Цель исследования изучить морфологию диафрагмы при э-ХВЛ, вызванной длительным механическим раздражением дыхательных путей.

Задача исследования. Выявить морфологические изменения в ткани диафрагмы при э-ХВЛ.

Материал и методы исследования. Эксперименты проведены у 22 беспородных белых крыс-самцов весом 180-200 г. Исследуемые разделены на 2 группы. В первой группе обследованы здоровые крысы (12). Во второй группе обследованы крысы с вызванной моделью экспериментального хронического гнойного воспаления лёгких (э-ХВЛ). Модель воспроизводилась по методике Батыровой З.Б. и Шамирзаева Н.Х. (2002). Для морфологических исследований взятые кусочки диафрагмы и легочной ткани, взятые после забоя, фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Парафиновые гистологические срезы толщиной 5-6 мк окрашивали гематоксилин эозином. Микроскопия препарата проводилась под светооптическим микроскопом XS-213 и микроскопом фирмы Leica. Результаты исследования. Макроскопическая картина диафрагмы поверхность тусклая, в центре прозрачная, белого цвета, края плотные красноватого цвета. В отдельных случаях интерстициальный отёк и полнокровные инъецированные кровеносные. Неравномерность окраски, чередование плотных участков с эластическими вздутиями. Плевра тусклая, наложение фибрина. Микроскопически морфология у крыс с э-ХВЛ в диафрагме опытных животных по сравнению с контрольной группой определялись дистрофические и компенсаторные изменения: неравномерная гипертрофия и очаговая атрофия миоцитов с дистрофическим набуханием, очаговая контрактильная дегенерация их. В межмышечных зонах имелись разрастания прослоек соединительной ткани с очаговой инфильтрацией стромы лимфоидными элементами, умеренный интерстициальный отёк. Кроме того, выявлен периваскулярный склероз, очаговая лимфоцитарная, умеренный отёк мезотелия, инфильтрация стромы с нарушением кровообращения мышечной стенки ткани диафрагмы. В контрольной группе животных микроскопические изменения в диафрагме проявлялись лишь интерстициальным отёком и полнокровием. Таким образом, выявленные макроскопические и микроскопические изменения в диафрагме свидетельствуют о включении и диафрагмы в воспалительный процесс происходящий в легочной ткани при э-ХВЛ.

Выводы. При длительном механическом раздражении бронхов и воспроизведении хронического гнойного воспаления лёгких происходят клеточные сдвиги и в ткани диафрагмы. Морфологические изменения у животных с э-ХВЛ характеризуются очаговой инфильтрацией лимфоидными элементами, умеренным интерстициальным отёком с нарушением кровообращения мышечной части стенки диафрагмы. Исследования продолжаются.

Влияние различных доз аторвастатина на функцию почек у больных с перенесенным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Саямова Л.И., Квасова О.Г., Томашевская Ю.А., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель исследования: оценить влияние 48-недельной терапии аторвастатином в различных дозах на функциональную способность почек у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнСТ).

Методы исследования: обследовано 103 больных ИМнСТ в возрасте 52 (45,5; 59) лет, из них 92 мужчины и 11 женщин. Критерии включения: наличие подтвержденного ИМнСТ по данным электрокардиографии, диагностически значимое повышение уровня кардиоспецифических ферментов, наличие по результатам коронароангиографии гемодинамически значимого стеноза только одной коронарной артерии (инфаркт-связанная артерия) при окклюзии других артерий <50%, а ствола

левой венечной артерии <30%. Критерии исключения: возраст больных старше 65 лет; повторный или рецидивирующий инфаркты миокарда; скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ≤ 30 мл/мин; индивидуальная непереносимость статинов. Больные были рандомизированы в три группы: группа 1 – 39 пациентов, принимавших аторвастатин 80 мг; группа 2 – 26 больных, получавших аторвастатин в дозе 40 мг; группа 3 – 38 человек, принимавших 20 мг препарата. Сравнимые лица были сопоставимы по возрасту, полу, росту, ИМТ, уровню офисного артериального давления. Все пациенты до начала исследования получали лечение по поводу ИМнСТ. Исходно и через 24, 48 недель наблюдения определяли уровень креатинина, на основе которого рассчитывали СКФ по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, 2009). При обработке результатов исследования использовали лицензионную версию программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Данные представлены в виде средних значений и 95% доверительных интервалов (ДИ).

Результаты: показатели, характеризующие функцию почек, в группах сравнения на фоне 48 недель наблюдения не изменялись. В группе 1 креатинин исходно составил 89,7 (95% ДИ 85,0-94,4), через 24 недели – 89,7 (95% ДИ 85,3-94,2) (нд), спустя 48 недель – 91,3 (95% ДИ 86,7-95,8) мкмоль/л (нд). СКФ, соответственно, составила 86,3 (95% ДИ 80,3-92,3), 85,1 (95% ДИ 80,4-89,7) (нд) и 85,9 (95% ДИ 80,4-91,4) мл/мин (нд). В группе 2 выявлены следующие значения креатинина: исходно – 95,4 (95% ДИ 89,1-101,8), через 24 недели – 93,3 (95% ДИ 87,7-98,8) (нд), через 48 недель – 94,5 (95% ДИ 88,9-100,1) мкмоль/л (нд). СКФ при поступлении в стационар – 78,4 (95% ДИ 73-83,8), спустя 24 недели – 82,2 (95% ДИ 75,5-89) (нд), и 48 недель – 78,9 (95% ДИ 74,1-83,6) мл/мин (нд). В группе 3 креатинин на 24-й и 48-й неделях не изменялся по сравнению с исходными значениями и составил 87,7 (95% ДИ 81,4-94,0), 88,8 (95% ДИ 85-92,6) (нд) и 94,4 (95% ДИ 87,5-101,4) мкмоль/л (нд). Относительно стабильной оставалась и СКФ: исходно – 88,2 (95% ДИ 80,9-95,5), на 24-й неделе – 84,9 (95% ДИ 80,4-89,4) (нд), через 48 недель терапии – 81,1 (95% ДИ 75,5-86,7) мл/мин (нд). В дальнейшем в каждой группе пациентов были выделены лица с исходными значениями СКФ <90 мл/мин, что свидетельствует о снижении функции почек в соответствии с клиническими практическими рекомендациями KDIGO (2012). При этом на фоне терапии аторвастатином в дозе 80 мг выявлено достоверное увеличение СКФ с 71,8 (95% ДИ 67,9-75,7) до 79,9 (95% ДИ 74,2-85,6) через 24 недели ($p=0,02$) и последующий прирост показателя до 81,0 (95% ДИ 74,9-87,2) мл/мин спустя 48 недель ($p=0,02$). На фоне терапии более низкими дозами аторвастатина динамики СКФ не отмечено: в группе 2 – 74,0 (95% ДИ 69,1-78,9), 79,3 (95% ДИ 71,5-87,1) (нд), 77,2 (95% ДИ 71,7-82,7) мл/мин (нд); в группе 3 – 70,9 (95% ДИ 67,6-74,1), 79,2 (95% ДИ 73,1-85,4) (нд), 74,9 (95% ДИ 65,9-83,9) мл/мин (нд).

Выводы: у больных ИМнСТ с исходно сниженным уровнем СКФ 48-недельная терапия аторвастатином в дозе 80 мг сопровождалась достоверным улучшением функции почек.

Аспекты профилактики остеопороза при синдроме гипермобильности суставов

Санеева Г.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Актуальность проблемы остеопороза (ОП) обусловлена его широкой распространенностью, прогрессирующим увеличением численности больных и значимостью осложнений в виде переломов позвонков

и периферических костей скелета. Качественные и количественные характеристики костной ткани, во многом предопределяющие развитие ОП, формируются в молодом возрасте. Наибольшая подверженность костной ткани внешним влияниям отмечается в интенсивные периоды костного ремоделирования, в том числе пика набора костной плотности, когда реализация стратегии первичной профилактики наиболее целесообразна. Генетические системные поражения соединительной ткани, такие как несовершенный остеогенез, синдром Марфана, Элерса-Данло занимают существенную долю в структуре клинических форм вторичного остеопороза. Однако спектр соединительнотканых нарушений гетерогенен и включает мультифакторные состояния. Синдром гипермобильности суставов (СГМС) наиболее часто встречается в клинической практике. Лежащие в основе СГМС изменения в структуре коллагена могут обуславливать вовлечение в патологический процесс как хрящевых, так и костных структур.

Целью исследования явилась оценка характера и распространенности модифицируемых факторов риска остеопороза у пациентов с гипермобильностью суставов.

Материал и методы. Обследованы 214 пациентов (128 мужчин и 86 женщин) в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст $22,8 \pm 3,6$ лет). Гипермобильный синдром диагностировали по шкале P. Beighton согласно действующим критериям. В исследование не включались больные с моногенными наследственными заболеваниями. Проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия с определением МПКТ предплечья недоминирующей руки. Изучали уровни кальция и фосфора, витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови. Целенаправленный опрос с выявлением факторов риска остеопороза и осведомленности больных СГМС о немедикаментозных стратегиях его профилактики проводили согласно действующим клиническим рекомендациям. В контрольную группу включены 40 человек, сопоставимых по полу и возрасту (средний возраст $22,3 \pm 3,6$ лет), без внешних признаков дисплазии соединительной ткани. Результаты статистически обработаны.

Результаты и обсуждение. Выраженность гипермобильности в суставах по шкале Beighton чаще всего (51,9%) составляла 5 баллов; у 24,3% обследуемых – 4 балла. Степени гипермобильности по 7 и 9 баллов имелись, соответственно, у 13,1% и 10,7% пациентов. В группе пациентов с СГМС установлена высокая распространенность остеопенического синдрома: снижение Z-критерия менее $-1,0$ SD зарегистрировано у 59,6% больных СГМС, что достоверно выше по сравнению с 12% в контрольной группе ($\chi^2=6,709$, $p=0,010$). У 21,9% пациентов с СГМС Z-критерий оказался менее $-2,0$ SD и соответствовал диагностическому понятию «костной массы ниже возрастной нормы». У 6 пациентов с СГМС (4,1%) отмечено значительное снижение МПКТ: ≤ -3 SD. Гипокальциемия отмечена у 23,3% обследуемых с СГМС – в 4,7 раз чаще, чем в контрольной группе ($\chi^2=4,016$, $p=0,045$). Средние показатели общего кальция крови составили $2,06 \pm 0,13$ ммоль/л у больных СГМС и $2,2 \pm 0,1$ ммоль/л в контроле. Распространенность дефицита витамина D у пациентов с СГМС составила 28,8% с достоверным превышением показателя (4%) группы контроля ($\chi^2=3,924$, $p=0,048$). Сывороточный уровень 25(OH)D в среднем также был снижен: $23,64 \pm 8,3$ нг/мл у пациентов с СГМС по сравнению с $27,07 \pm 6,93$ нг/мл в контрольной группе ($p>0,05$). В связи с кумулятивностью риска ОП для пациентов с СГМС установлены модифицируемые факторы. Так, курение обладает выраженным негативным влиянием, повышая риск вертебральных и периферических переломов вдвое. Курильщиками являлись 21,2% респондента из группы СГМС. Оценка по дневникам питания среднесуточного потребления кальция в группах с СГМС и контрольной продемонстрировала более чем двукратное его снижение по сравнению с рекомендуемыми возрастными нормами – 448 ± 56 мг/сутки и 424 ± 45 мг/сутки соответственно. Программированная физическая активность рассматривается в качестве ведущего профилактического

компонента и протективного фактора остеопороза. Проведенный распрос больных СГМС продемонстрировал их низкую осведомленность: только 26,2% обследованных владели знаниями о необходимости регулярного применения комплексов упражнений.

Таким образом, пациенты с СГМС могут рассматриваться в качестве целевой группы для выявления сниженной МПКТ и коррекции модифицируемых факторов риска, как профилактической стратегии ОП.

Сосудистая ригидность у женщин репродуктивного возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

Сапунова Д.А., Майчук Е.Ю., Пак Л.С., Иванова О.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова, Москва

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) включает в себя генетически обусловленные синдромы – дифференцированные формы ДСТ и мультифакторные – недифференцированные ДСТ (ндСТ), которые имеют генетическую основу, но проявляются под воздействием многих факторов. Более 15 синдромов выделяют к настоящему времени при ндСТ, наиболее часто встречаются астенический синдром, синдром гипермобильности суставов, синдром патологии стопы (плоскостопие [продольное, поперечное], полая стопа), клапанный синдром (пролапсы клапанов, аномально расположенные хорды и т.д.), сосудистый синдром (аневризмы, мальформации), и т.д. Сосудистый синдром характеризует то, что: 1) 20% случаев внезапной смерти лиц с ндСТ связано с разрывами аневризм или мальформаций церебральных сосудов; 2) разрывы аневризм аорты и других сосудов были основной причиной смерти в 10% случаев внезапной смерти молодых людей (15-39 лет) с ндСТ; 3) наличие ндСТ повышает риск клинической манифестации церебральной сосудистой патологии в виде субарахноидального кровоизлияния в 2 раза; 4) при ндСТ инсульты дебютируют в возрасте до 30 лет. В настоящее время отсутствует возможность проведения этиотропной генной терапии ДСТ, и никакие методы лечения не способны выключить мутантный ген или проинвестировать обратную мутацию патологического аллеля. Однако вклад наследственности в развитие мультифакториальных заболеваний всего около 30%. На долю экологических воздействий и возможностей клинической медицины в улучшении здоровья приходится около 20%, основное значение (50%) при развитии патологии имеет образ жизни пациента.

Цель работы – оценить формирование жесткости сосудистой стенки как предиктора ремоделирования сосудов у женщин репродуктивного возраста с ндСТ.

Материалы и методы. Обследовано 48 студенток, возраст которых составил $26,15 \pm 5,09$ лет. Внешние фены ндСТ определялись методом анкетирования и клинического осмотра на основе Национальных рекомендаций российского научного медицинского общества терапевтов 2016г. Сосудистая жесткость определялась на аппарате VaSera VS-1500N (Fukuda Denshi, Япония) с помощью индекса жесткости артериальной стенки – cardio-ankle vascular index (CAVI) – сердечно-лодыжечного сосудистого индекса. Эта методика позволяет выявить группу лиц с ранним старением (ремоделированием) сосудов, с доклиническим развитием атеросклероза различных локализаций.

Результаты и обсуждение. Данная выборка молодых женщин характеризуется индексом массы тела $21,57 \pm 3,69$, систолическим артериальным давлением (АД) $117,68 \pm 11,04$ мм рт.ст. и диастолическим АД $72,35 \pm 8,34$ мм рт.ст. Синдром аритмии выявлен у 33% респондентов,

суставной – в четверти случаев, синдромы астении и плоскостопия определены у каждой третьей студентки. Индекс жесткости CAVI составил в обсуждаемой группе $6,12 \pm 0,55$, при этом следует отметить, что данный показатель в когорте здоровых людей в возрасте 21-30 лет составляет $7,2 \pm 0,61$. Таким образом, предполагаемая концепция раннего старения сосудов (Early Vascular Aging – EVA синдром) не подтвердилась. По данным литературы, развитие ряда вариантов нДСТ связано с системной врожденной неполноценностью соединительной ткани вследствие генетически обусловленных дефектов синтеза коллагена III типа, который представляет основу в структуре стенки крупных артерий. В результате нарушается соотношение коллагенов I и III с увеличением в тканях и органах доли незрелого коллагена, что, вероятно, приводит к качественным изменениям артериальной стенки с последующим формированием аневризм и мальформаций. Т.к. обследуемая когорта женщин находится в репродуктивном возрастном диапазоне, малоизученность сосудистого синдрома при нДСТ определяет гинекологические риски в вопросах наступления беременности, вынашивания плода и родов.

Выводы: 1. У женщин репродуктивного возраста с фенотипическими признаками нДСТ синдромы астении, плоскостопия и аритмии определялись в каждом третьем случае. 2. Результат определения индекса жесткости CAVI оказался ниже, чем в сопоставимой популяции здоровых лиц, что определяет необходимость более полного обследования пациентов репродуктивного возраста с нДСТ, в том числе используя междисциплинарный подход.

Роль растворимых молекул адгезии в предикции результатов биологической терапии ревматоидного артрита

Саритхала В.Д., Корой П.В., Ягода А.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Молекулы адгезии играют важную роль в патогенезе ревматоидного артрита.

Целью исследования явилась оценка взаимосвязи содержания адгезинов в крови с результатами биологической терапии ревматоидного артрита. Материал и методы. Обследовано 35 больных ревматоидным артритом (29 женщин, 6 мужчин) в возрасте от 40 до 66 лет, получавших генно-инженерную биологическую терапию (тоцилизумаб – 20 пациентов, этанерцепт – 15 больных) в комбинации с метотрексатом. Через 3 месяца лечения происходило достоверное снижение значений DAS28, числа болезненных и припухших суставов, показателей общей оценки состояния здоровья пациентом, СОЭ, С-реактивного белка. Положительный ответ на лечение (согласно критериям EULAR) наблюдался у 74,3% больных, в 25,7% случаев лечение было неэффективным. Ремиссия или низкая активность РА достигнуты у 14,3% пациентов. Группу контроля составили 70 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию в крови молекул межклеточной адгезии-1 (ICAM-1), адгезии сосудистого эндотелия-1 (VCAM-1), адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 (PECAM-1), E-, P- и L-селектинов определяли методом иммуноферментного анализа до и через 12 недель терапии. Для количественной оценки связи качественных признаков проводили расчет отношения шансов (ОШ) и его 95% доверительного интервала (ДИ). Диагностическую ценность признаков определяли их чувствительностью (Se), специфичностью (Sp), положительной (PPV) и отрицательной предсказательной ценностью (NPV), точностью (Ac), которые выражал в процентах. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. При ревматоидном артрите наблюдалось увеличение содержания в крови всех молекул суперсемейства иммуноглобулинов, P-селектина и нормальные уровни E- и L-селектинов. В динамике 12 недель терапии происходило снижение плазменной концентрации ICAM-1, VCAM-1, PECAM-1 и P-селектина, при этом величины VCAM-1 и PECAM-1 в ходе лечения сохранялись повышенными, а содержание ICAM-1 и P-селектина в крови становилось нормальной. У больных с положительными результатами терапии отмечались нормализация показателей ICAM-1 и P-селектина, а также снижение уровней VCAM-1 и PECAM-1 в крови. У пациентов с отсутствием эффекта от лечения наблюдалось уменьшение только плазменного содержания ICAM-1. В случаях благоприятного ответа на терапию исходно наблюдались более высокие уровни ICAM-1 и PECAM-1, а также более низкое количество P-селектина в крови по сравнению с пациентами, не ответившими на лечение. Содержание ICAM-1 более 886 нг/мл (ОШ 42; 95 % ДИ (5,0-354,5)), PECAM-1 выше 101 нг/мл (ОШ 15,1; 95 % ДИ (1,6-140,6)), E-селектина ниже 40 нг/мл (ОШ 5,4; 95 % ДИ (1,1-27,8)) и P-селектина менее 176 нг/мл (ОШ 15; 9 5% ДИ (2,1-105,6)) были связаны с повышенным шансом ответа на биологическую терапию. Вышеуказанные значения ICAM-1 (Se – 92,3, Sp – 77,8, PPV – 92,3, NPV – 77,8, Ac – 88,6) и P-селектина (Se – 92,3, Sp – 55,6, PPV – 85,7, NPV – 71,4, Ac – 82,9) характеризовались высокой точностью в разграничении результатов терапии, тогда как риск-предиктивные уровни PECAM-1 более 101 нг/мл (Se – 65,4, Sp – 88,9, PPV – 94,4, NPV – 47,1, Ac – 71,4) в этом аспекте имели умеренную точность.

Заключение. В динамике 12 недель биологической терапии ревматоидного артрита происходило снижение увеличенного содержания молекул адгезии в крови. Исходные уровни адгезинов могут использоваться в качестве предикторов результатов генно-инженерной биологической терапии ревматоидного артрита.

Анализ структуры и частоты осложнений в разных группах антикоагулянтов и гемостатических препаратов у пациентов после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей

Сафроненко А.В., Головки Л.С.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Актуальность. В настоящее время наблюдается увеличение числа эндопротезирований тазобедренного и коленного суставов. В послеоперационном периоде осложнения могут развиваться в 4,8 – 10% случаев. Для профилактики тромбогеморрагических осложнений пациентам назначаются антикоагулянты и гемостатические препараты, которых на сегодняшний день зарегистрировано большое число. Сохраняют свою актуальность исследования, посвященные анализу эффективности антикоагулянтов и гемостатических препаратов и оценке частоты осложнений после эндопротезирования крупных суставов.

Цель исследования. Провести анализ используемых препаратов из групп антикоагулянтов и гемостатиков. Оценить частоту осложнений после используемых препаратов у пациентов после эндопротезирования тазобедренного или коленного суставов.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективное исследование 93 историй болезни 2017 года на базе травматолого-ортопедического отделения клиники Ростовского государственного медицинского университета. Средний возраст пациентов – $64,2 \pm 10,5$ года. Всем пациентам было проведено эндопротезирование коленного или

тазобедренного суставов. Все пациенты получали антикоагулянты и гемостатические препараты.

Результаты исследования. Мы проанализировали используемые препараты из групп антикоагулянтов и гемостатических препаратов. Среди антикоагулянтов чаще всего использовались эноксапарин натрия и дабигатран – у 31 (33,33%) пациента, только эноксапарин натрия использовался у 24 (25,8%) больных, эноксапарин натрия и гепарин применялись у 20 (21,51%) пациентов. 8 (8,6%) пациентов получали эноксапарин натрия и ривароксабан. 6 (6,45%) больных получали эноксапарин натрия, гепарин и дабигатран. У 2 (2,15%) пациентов применялся гепарин с дабигатраном. С одинаковой частотой у 1 (1,08%) пациента использовались только гепарин и только далтепарин натрия. Среди используемых гемостатиков наиболее распространенным является транексамовая кислота, которая применялась у 51 (54,84%) пациента. Аминокапроновая кислота применялась у 14 (15,05%) больных, гемостатическая губка использовалась у 9 (9,67%) больных, аprotинин назначался у 15 (16,13%) пациентов, аprotинин совместно с транексамовой кислотой использовались у 2 (2,15%) пациентов, 1 (1,08%) пациенту было назначено совместное использование транексамовой и аминокапроновой кислот и 1 (1,08%) – транексамовой кислоты и гемостатической губки. В послеоперационном периоде развились следующие осложнения: гематома послеоперационной раны у 2 (2,15%) пациентов, тромбоз глубоких вен голени у 3 (3,23%) пациентов, ишемический инсульт – 1 (1,07%) пациент. В группе антикоагулянтов осложнения наблюдались у пациентов, получающих эноксапарин натрия; эноксапарин натрия и ривароксабан; эноксапарин натрия и дабигатран. Среди гемостатических препаратов осложнения регистрировались после применения транексамовой кислоты и совместного использования транексамовой кислоты и аprotинина. Выводы. У пациентов после эндопротезирования крупных суставов из антикоагулянтов чаще всего назначалось совместное применение эноксапарина натрия и дабигатрана. Каждый второй пациент получал транексамовую кислоту. Несмотря на комплексную профилактику, осложнения развились у 6,45% пациентов.

Применение функциональных нагрузочных проб у инвалидов пожилого возраста для оценки показателей сердечно-сосудистой системы на этапах протезирования

Свиридова Е.О., Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Бурнос А.А., Зальнова И.А.

Научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербургский государственный университет, Городская больница № 20, Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема протезирования пожилых граждан обострилась в связи с ростом числа инвалидов в РФ, старением населения. Распространенность заболеваний периферических артерий и связанных с ними ампутаций нижней конечности увеличивается в старших возрастных группах населения, что ведет к увеличению количество пожилых граждан, нуждающихся в снабжении протезами. Ежегодно в РФ выполняется около 10 000 оперативных вмешательств при поражении артерий нижних конечностей. Ампутация нижней конечности не только негативно влияет на продолжительность жизни, но и влечет за собой существенные социальные потери самого пациента, его окружения, приводит к значительному социально-экономическому ущербу общества в целом. Ампутация конечности на уровне голени или бедра является основанием для установления группы инвалидности в учреждении МСЭ. Для инвалидов

с культей нижней конечности обеспечение функциональным протезом является ключевым звеном процесса реабилитации. В старших возрастных группах увеличивается доля лиц с тяжелой сопутствующей патологией, препятствующей у эффективному проведению этапов первичного протезирования. Для индивидуализации подбора технических средств реабилитации (ТСР), восстановления функции опоры, на этапах обучения ходьбе, и пользования протезами необходимо проведение оптимальных функциональных проб (ФП).

Цель исследования. Подбор оптимальной ФП с нагрузкой у пациентов пожилого возраста (ПВ), перенесших ампутацию на уровне голени и бедра. Материалы и методы. Нами обследовано 54 пациента, перенесших ампутации на уровне голени и бедра. Проведены исследования с моделированием нагрузки с применением мануальной велоэргометрии. Разработан универсальный вариант нагрузочной пробы, наиболее информативный для оценки физического состояния пациентов ПВ, выявления потенциально опасных нарушений ритма и безболевого ишемии миокарда. Все пробы проводились под контролем ЭКГ, пульсоксиметрии. Результаты. Выраженная недостаточность функции кровообращения (НФК) выявлена у 7 пациентов (12,9%), стойкие умеренно выраженные у 35 пациентов (64,8%), незначительные – у 12 пациентов (22,3%). Пациентам с выраженными НФК протезирование не проводилось, в связи с низкой ТФН и высоким риском осложнений на этапах протезирования. Пациенты с умеренными НФК после подбора консервативного лечения, были успешно протезированы. У остальных 12 пациентов результаты ФП с нагрузкой помогли приступить к протезированию в ранний период. Выводы. Применение функциональных нагрузочных проб у инвалидов ПВ для оценки показателей сердечно-сосудистой системы на этапах протезирования, а также адаптации к новым условиям жизни, позволяет индивидуализировать подбор ТСР, исключить риски осложнений на этапах протезирования, сократить сроки реабилитации, что способствует снижению экономических затрат.

Влияния легочной физической реабилитации на состояние мышечной части диафрагмы у больных хронической обструктивной болезнью легких

Семашко О.П., Кляшева Ю.М., Кляшев С.М., Лукашенко Н.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Областной противотуберкулезный диспансер, Тюмень

Цель. Оценить эффективность легочной физической реабилитации в коррекции нарушений мышечной части диафрагмы у больных хронической обструктивной болезнью легких тяжелой и крайне тяжелой степени. Задачи. По данным ультразвукового исследования оценить влияние легочной физической реабилитации на состояние мышечной части диафрагмы у больных хронической обструктивной болезнью легких. Материалы и методы ее выполнения. В исследование включено 52 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в возрасте от 50 до 70 лет. Критериями включения больных в исследование было наличие ХОБЛ групп С и D, терапия фиксированной комбинацией (ингаляционными глюкокортикоидами в дозе от 750 – 1000 мкг в пересчете на беклометазон дипропионат + бета-адреномиметиками) и β_2 -агонистами короткого действия. Критерии исключения: ХОБЛ группы D с признаками утомления дыхательной мускулатуры, обострение ХОБЛ, наличие бронхиальной астмы и сопутствующих декомпенсированных заболеваний. Все пациенты рандомизированы на две группы. В I-ой группе (28 пациентов) к проводимой терапии была подключена легочная физическая реабилитация (ЛФР). II-я группа (24 пациентов) продолжала проводимую медикаментозную

терапию. Всем обследованным больным проводилось ультразвуковое исследование диафрагмы (на аппарате Logiq7 (Германия) в В-режиме с помощью ультразвукового линейного датчика 7,5 МГц, который располагали в 8-9 правом межреберном промежутке между передне-подмышечной и средне-подмышечной линиями) исходно и после 4 недель терапии. Исследования спирометрия и бодиплетизмография проводились в соответствии с рекомендациями Американского торакального общества по стандартной методике на компьютерном спирометризаторе MasterSreen-Body (Erich Yaeger GmbH, Германия). Программа ЛФР больных ХОБЛ включала 26±2 ежедневных занятий по 32±13 минут в зависимости от тяжести состояния. Каждое занятие проводилось в аэробном режиме и включало: тренировку верхней и нижней групп мышц; тренировку дыхательной мускулатуры (применение дыхательных тренажеров Threshold IMT и Threshold PEP (Respironics, США)); оптимизацию работы суставов конечностей. Статистический анализ полученного цифрового материала проводился на персональном компьютере с использованием статистической программы «SPSS» for Windows (версия 15). Полученные данные представлены в виде М±σ. Достоверность динамики показателей определяли с помощью парного критерия t Стьюдента. За достоверность различий изучаемых параметров принимали $p < 0,05$.

Полученные результаты. Средний возраст пациентов (годы) в группе I составил 64,9±1,3, в группе II - 65,6±0,9 и был сопоставим в обеих группах ($p > 0,05$). По степени тяжести заболевания группы были сопоставимы: I группа – группа С 21,4%, группа D 78,5%; II группа – соответственно 25% и 75% ($p > 0,05$). I и II группа по стажу курения (индекс курящего человека, пачки/лет) также были сопоставимы: 47,0±4,6 и 47,9±4,9 ($p > 0,05$). В исследовании у больных ХОБЛ исходно толщина мышечной части диафрагмы на высоте вдоха (ТМД вд.) составила 6,13±1,98 мм, а толщина мышечной части диафрагмы на высоте выдоха (ТМД выд.) 4,93±1,34 мм. Для изучения взаимосвязи толщины мышечной части диафрагмы (ТМД) с различными показателями мы провели корреляционный анализ. В связи с тем, что показатели ультразвукового исследования диафрагмы имели ненормальное распределение, в нашем исследовании применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Результаты корреляционного анализа показали взаимосвязь ТМД вд. с объемом форсированного выдоха за первую секунду, пиковой объемной скоростью выдоха, максимальной объемной скоростью выдоха на уровне 25% форсированной жизненной емкостью легких, остаточным объемом легких. По данным ультразвукового исследования диафрагмы в группе больных ХОБЛ, получавших только базисную терапию в течение 4 недель, не отмечено достоверных изменений ТМД как на высоте вдоха (5,97±2,67 мм), так и на высоте выдоха (3,7±1,7 мм) по сравнению с исходными данными (5,97±2,68 мм и 3,7±1,7 мм соответственно). В группе больных ХОБЛ, получавших базисную терапию и ЛФР, в результате проведенного лечения наблюдалось достоверное уменьшение ТМД выд. (с 5,99±2,04 мм до 4,35±1,52 мм; $p < 0,01$), не отмечено достоверных изменений ТМД вд. (5,57±2,98 мм) по сравнению с исходными данными (6,27±2,12 мм). Выводы. Использование ЛФР в комплексной терапии у больных ХОБЛ улучшает сокращение мышечной части диафрагмы на высоте выдоха, приводит к уменьшению явления гиперинфляции, снижению остаточного объема легких.

Нейропатия при ревматологических заболеваниях

Сёмченкова М.Ю., Кощева А.А., Крупинина В.П., Михалик Д.С., Кречикова Д.Г.

Смоленский медицинский государственный университет, Отделенческая больница на станции Смоленск ОАОЛ «РЖД», Смоленск

Цель: изучение характеристики боли у пациентов с различными ревматологическими заболеваниями.

Задачи: выявить наличие нейропатии, уточнить характер, выраженность периферической нейропатии у пациентов с различными ревматологическими заболеваниями.

Материалы и методы: проанализированы ответы на пункты опросника DN4, проведенного среди лет пациентов ревматологического отделения в возрасте от 26 до 74 лет.

Результаты: наиболее выраженная интенсивность боли отмечали пациенты с генерализованным остеоартритом и подтаргическим артритом с увеличением интенсивности выраженности боли при увеличении стажа заболевания. Высока встречаемость парестезий среди пациентов ревматологического профиля. Среди пациентов с ревматоидным артритом наиболее часто отмечались покалывание (53%), онемение (68%), болезненное ощущение холода (38%); при псориатическом артрите – ощущение жжения (100%), болезненное ощущение холода (67%), пощипывание, ползание мурашек (100%), покалывание (67%), онемение (67%), зуд (67%); при подагре - ощущение жжения (40%), болезненное ощущение холода (40%), покалывание (40%), зуд (40%); при генерализованном остеоартрите – онемение (64%) с пощипыванием, ползанием мурашек (36%), болезненным ощущением холода (36%); при системной красной волчанке – онемение (67%) с болезненным ощущением холода (33%), пощипыванием, ползанием мурашек (33%).

Выводы: при ревматических заболеваниях часто встречается периферическая нейропатия, выраженность которой зависит от стажа болезни. Каждое заболевание имеет свой «портрет» нейропатического поражения. Наличие такого что оправдывает использование нейромодулирующих препаратов в схемах лечения пациентов ревматологического профиля.

Клинические исследования гипополипдемического средства на основе пажитника сеного. современная оценка и перспективы применения

Сидельникова Г.Ф., Карабаева В.В., Крепкова Л.В., Бортнникова В.В., Ферубко Е.В.

Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений, Москва

Цель: изучение результатов клинического исследования (КИ) пажитника сеного экстракта при дислипидемии (ДЛП).

Материалы и методы: во Всероссийском научно-исследовательском институте лекарственных и ароматических растений разработан препарат, представляющий собой сухой очищенный экстракт из семян пажитника сеного (*Trigonella foenum-graecum* L.), семейства бобовых (Fabaceae). Действующими веществами является сумма фураностаноловых гликозидов (не менее 80%), основной из которых – протоямосцин, составляет около 50% от общего содержания. На основе сухого экстракта разработана лекарственная форма – таблетки по 0,03 г для приема внутрь. Экспериментальное изучение препарата с использованием современных моделей и методов исследования (модель гиперлипидемии крыс, вызванной введением фруктозы; модель гиперлипидемии крыс, вызванной скармливанием атерогенного рациона; модель холестерина атеросклероза кроликов) выявило отчетливый дозозависимый гипополипдемический (гипотриглицеридемический и гипохолестеринемический) эффект препарата на всех использованных моделях патологии. При доклиническом изучении безопасности установлено, что экстракт пажитника является малотоксичным веществом,

не обладает эмбриотоксическими, тератогенными, аллергизирующими, местнораздражающими, мутагенными и канцерогенными свойствами. КИ препарата проведены в 6 лечебных учреждениях с участием 257 пациентов в возрасте 20-70 лет мужского и женского пола с дислипидемиями различного (IIa, IIb, IV) типа. Большинство (более 200 чел.) составляли пациенты с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца: стенокардия напряжения I-III ФК (51,3%), атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (36,9%), в том числе 93 (36,1%) пациента с сахарным диабетом. Обследование включало: опрос, антропометрические исследования, инструментальные (измерение АД, электрокардиографическое исследование (ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ), тест толерантности к физической нагрузке), биохимические (содержание общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), мочевины, креатинины, мочевой кислоты; определение содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ); активности аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), иммунохимические (определение концентрации аполипопротеинов), физико-химические исследования (фенотипирование ДЛП). Препарат назначали по 30-60 мг в сутки 3 раза в день, в течение 6-16 недель после предшествующей гипохолестериновой диеты, на фоне стандартной антиангинальной терапии, а у больных с сахарным диабетом на фоне инсулинотерапии (57 чел.) и приема пероральных сахароснижающих препаратов (36 чел.). У 30 пациентов препарат назначали в сочетании с холестирамином. Результаты оценивали по динамике данных лабораторных методов обследования. Исследование показателей липидного спектра (ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, аполипопротеины) проводили до начала исследований, на 7-15-30 день и далее 1 раз в месяц. Результаты: Курсовое лечение длительностью от 1 до 4 месяцев способствовало снижению уровня общего холестерина, ТГ, ЛПНП, ЛПОНП, повышению уровня ЛПВП, снижению индекса атерогенности. Препарат оказывал благоприятное действие на показатели липидного обмена у больных с сахарным диабетом после 2-4 месячного курса – нормализация концентрации липопротеинов высокой плотности, повышение уровня аполипопротеина А-1, снижение концентрации аполипопротеина В и атерогенного индекса. Экстракт пажитника не оказывал отрицательного влияния на функцию печени, снижал уровень глюкозы в крови и улучшал микроциркуляторный кровоток. Отмечено, что удлинение курса лечения до 16 недель было более эффективным. Установлена хорошая переносимость препарата всеми пациентами. Выводы: Пажитника сенного семян экстракт обладает гиполипидемическими, в том числе, гипотриглицеридемическими и гипохолестеринемическими свойствами и может быть использован в терапии гиперлипидемий, сопровождающих сердечно-сосудистую патологию и сахарный диабет.

Изоферментный спектр и активность сывороточной лактатдегидрогеназы у больных с хроническим токсическим поражением печени, с анемией хронического заболевания на фоне перенесенного туберкулеза легких

Сидорова Н.С., Соцкая Я.А., Кузовлева И.А.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Введение. Значительную проблему для здравоохранения в целом остается представлять распространенность туберкулеза. Взаимно отягчающее влияние заболеваний, необходимость длительного использования

противотуберкулезных препаратов, каждый из которых создает условия для развития лекарственных осложнений, которые проявляются, как в виде кратковременных сдвигов биохимических показателей крови, так и выраженных клинико-биохимических проявлений поражения печени по типу острого токсического гепатита. Анемия хронических заболеваний (АХЗ), являясь второй по распространенности после ЖДА, довольно часто встречается при туберкулезе и может существенно отягчать течение сочетанной патологии.

Цель исследования. Оценка состояния активности сывороточной лактатдегидрогеназы и ее изоферментный спектр у больных с хроническим токсическим поражением печени, с анемией хронического заболевания на фоне перенесенного туберкулеза легких, а также динамику изученных показателей под влиянием применения комбинации сирепара и натрия нуклеината.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 64 больных с ХТПП, с АХЗ на фоне перенесенного туберкулеза легких, возрастом от 18 до 58 лет. Наблюдаемые больные были разделены на две рандомизированные группы – основная (32 пациента) и группа сравнения (32 пациента). Для реализации цели исследования наряду с рутинными методами, всем больным осуществляли биохимическое исследование, направленное на анализ активности ЛДГ и определение ее изоферментного спектра. Общую активность ЛДГ изучали модифицированным методом, разработанным на основании классического метода Sevela и Tovarek.

Результаты и обсуждение. В целом характер выявленных изменений проанализированных показателей изоферментного спектра ЛДГ свидетельствовал о наличии типичных изменений со стороны энергетического метаболизма, а именно разобщение окислительного фосфорилирования и переключение энергетического метаболизма на менее эффективный путь анаэробного гликолиза, причем полученные данные сопоставимы у пациентов обеих групп. До начала лечения у всех обследованных нами больных имеет место повышение общей активности ЛДГ, которая в среднем составила $2,96 \pm 0,06$ мкмоль/л•с, что превышает норму в 1,4 раза, $P < 0,01$. Сумма «аэробных» фракций ЛДГ1+2 до начала общепринятой терапии снижена в среднем в 1,87 раз в процентном значении и в абсолютном значении снижен в среднем в 1,54 раз, $P < 0,01$. Относительная активность «промежуточной фракции» ЛДГ – изофермента ЛДГ3 до начала лечения была повышена в среднем у пациентов обеих групп в 2,59 раз и составила $42,1 \pm 0,4\%$, $P < 0,05$; в абсолютном соотношении содержание этой фракции до начала лечения было больше нормы в среднем в 3,89 раз, $P < 0,01$. Абсолютное содержание «анаэробных» фракций – изоферментов ЛДГ4+5 был повышен относительно нормального значения данного показателя у пациентов обеих групп в среднем в 3,61 раза, $P < 0,01$. Повторное изучение представленных показателей на момент завершения общепринятой терапии позволило установить некоторую положительную динамику тестов, которая у пациентов основной группы более выражена.

Выводы. Считаю патогенетически эффективным и перспективным применение комбинации препаратов сирепар и натрия нуклеинат у больных ХТПП, с АХЗ на фоне перенесенного туберкулеза легких.

Факторы риска хронической болезни почек у лиц старческого возраста и долгожителей с артериальной гипертензией

Сизов В.В., Чорбинская С.А., Алексеева Л.А., Дорофеева Е.В.

Поликлиника №1 Управления делами Президента, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента, Москва

Цель и задачи: изучить роль ишемической болезни сердца (ИБС) и её осложнений в развитии хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы: выполнен анализ данных амбулаторных историй болезни у 97 пациентов (50 лиц старческого возраста и 47 долгожителей, 48 мужчин и 49 женщин) с артериальной гипертензией (АГ), прошедших обследование сердечно-сосудистой системы и функции почек в 2017 году. Все включенные в исследование наблюдались в ФГБУ Поликлиника № 1 более 20 лет и получали антигипертензивную терапию. Средний возраст группы лиц старческого возраста составил 85,7±2,53 лет, группы долгожителей – 91,8±1,93 лет. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology (CKD-EPI).

Результаты: СКФ ниже 60 мл/мин/1,73м² в группе лиц старческого возраста выявлялась с более высокой частотой (90%), чем у долгожителей (74%), $p = 0,05$. Средний показатель СКФ у лиц старческого возраста составил 48,7±12,4 мл/мин/1,73м², у долгожителей – 51,3±13,8 мл/мин/1,73 м², различие статистически не значимо ($p > 0,05$). Распространенность факторов риска (ФР) ХБП у лиц старческого возраста с АГ: ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия II функциональный класс (ФК) – 34%; ИБС, стенокардия III ФК – 40%; постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 26%; фибрилляция предсердий (ФП) – 22%; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 50%. Распространенность ФР ХБП у долгожителей с АГ: ИБС, стенокардия II ФК – 55%; ИБС, стенокардия III ФК – 21%; ПИКС – 23%; ФП – 32%; ХСН – 32%. ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) среди лиц старческого возраста отмечена в 92%, промежуточная ФВЛЖ – в 8%, в то время как все долгожители с ХСН имели сохраненную ФВЛЖ.

Выводы: ХБП стадий 3А, 3Б и 4 среди лиц старческого возраста встречались достоверно чаще, чем у долгожителей. У лиц старческого возраста ИБС, стенокардия III ФК и ХСН наблюдалась с достоверно более высокой частотой, в сравнении с долгожителями. В обеих группах преобладала сохраненная фракция выброса левого желудочка. У долгожителей ИБС, стенокардия II ФК отмечалась с более высокой частотой, чем у лиц старческого возраста, результат статистически достоверен. Частота ПИКС и ФП в анализируемых группах не различались.

Оценка и пути коррекции функции эндотелия у подростков с артериальной гипертензией на этапе санаторно-курортного лечения

Сизова О.А., Каладзе Н.Н., Янина Т.Ю., Ревенко Н.А.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского,
Симферополь

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в ведении подростков с артериальной гипертензией у этой категории пациентов остается высокий риск неблагоприятного прогноза. Применение реабилитационных мероприятий у подростков может способствовать улучшению прогноза и позволит избежать неблагоприятных исходов.

Цель. Повышение эффективности реабилитационных мероприятий у подростков с первичной артериальной гипертензией, на основании изучения функции эндотелия и коррекции выявленных изменений.

Задачи. 1. Оценить показатели суточного мониторирования АД (СМАД). 2. Определить уровни маркеров функции эндотелия асимметричного диметиларгинина (АДМА) и эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови. 3. Проанализировать показатели СМАД, АДМА и ЭТ-1 после проведения реабилитационного комплекса с включением бальнеотерапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе санатория «Юбилейный» г. Евпатории. В исследование включены 114 детей с с первичной АГ (ПАГ) в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 15,8±0,17), из них мальчиков – 57 (55%) и 46 девочек (45%). Контрольную группу (КГ) составили 21 подросток (средний возраст 15,7±0,14). С целью верификации диагноза и исследования гемодинамических форм АГ всем детям было проведено суточное мониторирование АД. У всех подростков были проведены: сбор клинико-anamnestических данных, общеклинические и лабораторные исследования. Определение уровня маркеров функции эндотелия асимметричного диметиларгинина (АДМА) и эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови проводили с использованием иммуноферментного анализа и стандартных наборов тест-систем. Концентрация оксида азота в сыворотке крови представлена суммой нитритов и нитратов (NOx, мкмоль/л) и определена хемолюминесцентным методом с использованием реакции Грисса. В системе реабилитационных мероприятий при ПАГ у подростков применялась бальнеотерапия, в частности, хлоридные натриевые ванны с минерализацией 20 г/л, которые оказывают тонизирующее и регуляторное влияние на ССС, улучшают периферическое кровообращение и обладают гипотензивным действием, путем снижения периферического сопротивления сосудов. Результаты исследований. При анализе показателей СМАД у пациентов с ПАГ констатируется достоверно ($p < 0,01$) более высокий уровень среднесуточного САД и среднедневного САД в сравнении с КГ. Достоверно значимые высокие показатели САД и ДАД приводят к неадекватному нарастанию периферического сопротивления и, соответственно, способствуют формированию гиперкинетического типа кровообращения, что служит причиной постоянного механического воздействия на эндотелий сосудов. При анализе уровня NOx установлено, что у подростков с ПАГ средний уровень NOx достоверно ($p < 0,001$) ниже КГ на 44% и составил 20,70±2,17 мкмоль/л, тогда как уровень NOx в КГ составил 37,23±2,87 мкмоль/л. У всех обследуемых подростков с ПАГ выявлен повышенный уровень ЭТ-1 в сыворотке крови (0,57±0,01 нг/мл, $p < 0,01$) в сравнении с КГ (0,33±0,04 нг/мл). Средний уровень АДМА составил 0,64±0,017 мкмоль/л, что достоверно ($p < 0,01$) превышало уровень КГ 0,27±0,02 мкмоль/л. После проведенного санаторного лечения отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение срСутСАД на 2%, средние значения АД приблизились к средневозрастным показателям, однако к концу лечения достоверно отличаются от КГ. При оценки динамики показателей NOx после санаторно-курортной реабилитации отмечается повышение уровня NOx (41,5 мкмоль/л, $p < 0,001$) до уровня КГ. При анализе показателей уровня ЭТ-1 после проведенной санаторно-курортной реабилитации отмечено достоверное снижение уровня ЭТ-1 в 1,8 раза ($p < 0,01$), но достижения значения КГ не произошло. В уровнях АДМА наблюдалась положительная динамика, которая выражалась достоверным снижением уровня АДМА при применении хлоридных натриевых ванн, но риск дальнейшего прогрессирования ПАГ сохранялся, так как уровень этого маркера оставался достоверно различимым ($p < 0,01$) с данными КГ.

Выводы. У подростков больных ПАГ были выявлены нарушения функциональной активности эндотелия, которые выражались в повышении ЭТ-1, АДМА, снижении уровня NO. Проведение реабилитационного комплекса с включением бальнеотерапии способствует снижению среднесуточных показателей АД, нормализации функциональной активности эндотелия в виде нормализации синтеза оксида азота ($p < 0,001$), достоверного снижения ЭТ-1 ($p < 0,01$) и уровня АДМА ($p < 0,01$) и позволяет рекомендовать его для проведения повторных курсов терапии.

Клинико-функциональные особенности сердечного ритма у спортсменов-баскетболисток марфаноидного фенотипа: результаты проспективного исследования

Смеатнин М.Ю., Чернышова Т.Е., Кононова Н.Ю., Пименов Л.Т.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оптимизация курации высокорослых спортсменов-баскетболисток марфаноидного фенотипа (МФ) в аспекте ранней и внезапной смерти. Материалы и методы исследования. Представлены результаты проспективного и ретроспективного анализа 22 женщин (1 группа), активно занимающихся баскетболом в командах различного уровня и их близких родственников 79 человек (2 группа) за период 1998-2018 годы. Оценивались клинические данные, результаты суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления (СМАД), спектрального анализа сердечного ритма. В динамике анализировались показатели ЭхоКГ, характер реполяризации, удлинения и дисперсии интервала QT. О качестве жизни судили по показателям психологического статуса с оценкой копинг-поведения в стрессовых ситуациях. Результаты. На начало мониторинга нарушений сердечного ритма (НРС) не выявлено. В 13 (59%) случаев зарегистрирован пролапс митрального клапана (ПМК). В 2 группе родственников спортсменов в 24% диагностирован МФ, в 70,9% ПМК, у 51,9% НРС. В 8 семьях были случаи внезапной сердечной смерти и в 7 – инфаркт миокарда у родственников в возрасте до 45 лет. Клиника НРС у прямых родственников баскетболисток была стерта и в 75% воспринималась как кардиальный дискомфорт, сопровождаемая головной болью, существенно не влияя на качество жизни. За 10 лет мониторинга случаи НРС в 1 группе прогрессивно учащались, как отражение избыточных симпатических влияний, у 17 (77,2%) обследованных зарегистрирована синусовая тахикардия, с высоким индексом напряжения регуляторных систем (520-970 у.е.), потребовавшая медикаментозной коррекции. Количество эпизодов синусовой тахикардии варьировало от 10 до 935 в течение суток, достигая максимума в период активной физической деятельности. Частота предсердной экстрасистолии коррелировала со степенью ПМК ($r=0,78$), возрастая при стрессе до 18-25 за 1 час. За период наблюдения количество эпизодов НРС и их степень тяжести возрастали ($r=0,39$), как и степень удлинения ($r=0,67$) и/или дисперсии ($r=0,58$) интервала QT. Эффективность реабилитации, прежде всего, связана с психотипом пациентов ($r=0,88$), эффективностью коррекции копинг-поведения ($r=0,69$). За 10 лет мониторинга у 2 пациенток развился инфаркт миокарда с 4-мя и 6-ю эпизодами остановки сердца при эффективности реанимационных мероприятий. Выводы. Необходимо проведение систематического динамического наблюдения пациентов МФ, их ближайших родственников с целью выделения групп высокого риска, своевременного выявления осложнений: НРС, удлинения и дисперсии интервала QT.

Эндотелиальная дисфункция и метаболическая активность жировой ткани при осложненном ожирении

Смирнова Е.Н., Лоран Е.А.

Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Наше исследование поставило цель установить наличие эндотелиальной дисфункции (ЭД) при осложненном ожирении (ОО) и ее взаимосвязь с показателями метаболической активности жировой ткани.

Материалы и методы: в исследование были включены 66 пациентов с индексом массы тела (ИМТ) более 30 кг/м^2 , нарушением толерантности к глюкозе, дислипидемией и артериальной гипертензией, в среднем возрасте $47,3 \pm 9,9$ лет. Группу сравнения составили 16 практически здоровых лиц, средний возраст $45,3 \pm 2,3$ лет; $p > 0,05$. У всех пациентов измерялись антропометрические показатели (окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), ИМТ. Определялся уровень глюкозы, гликированного гемоглобина (HbA1c), мочевой кислоты (МК), липидного спектра, лептина, растворимых рецепторов к лептину (sLR), рассчитывали индекс HOMA-IR. Индекс свободного лептина (FLI) определяли как отношение лептина (нг/мл) к sLR (нг/мл), умноженное на 100. Для оценки состояния функции эндотелия использовался метод вейвлет-анализа колебаний кожной температуры при охлаждении контрлатеральной конечности с расчетом индексов вазодилатации (ИВД). Результаты. В группе пациентов с ОО инсулин ($17,1 \pm 10,0$ и $6,7 \pm 1,2$ мкМЕ/мл $p < 0,05$) и индекс HOMA-IR ($4,4 \pm 2,7$ и $1,25 \pm 0,7$ $p < 0,05$) были значимо выше, чем в группе сравнения. Повышение ИМТ сопровождалось увеличением АДс ($r=0,43$; $p=0,0003$), АДд ($r=0,48$; $p=0,00004$), триглицеридов (ТГ) ($r=0,45$; $p=0,0002$). Уровни АДс и АДд коррелировали с инсулином ($r=0,32$; $p=0,01$ и $r=0,28$; $p=0,03$) и индексом HOMA-IR ($r=0,31$; $p=0,01$ и $r=0,27$; $p=0,04$), уровнем МК ($r=0,35$; $p=0,02$ и $r=0,54$; $p=0,00001$). Степень инсулинорезистентности (HOMA-IR) была связана с уровнем ТГ ($r=0,28$; $p=0,03$) и МК ($r=0,34$; $p=0,02$). Лептинорезистентность при ОО характеризовалась значимым повышением уровня лептина и снижением sLR, а индекс свободного лептина более, чем в 10 раз превышал значения здоровых лиц. У женщин с ОО уровень лептина, а также FLI почти в 2 раза был выше, чем у мужчин. Эндотелиальная дисфункция при ОО проявлялась в виде отсутствия восстановления амплитуд колебаний температур и снижении ИВД в эндотелиальном ($1,03 \pm 0,49$ в группе сравнения и $0,61 \pm 0,21$ в группе ОО $p < 0,05$) и нейрогенном ($0,63 \pm 0,21$ в группе ОО против $0,96 \pm 0,49$ в группе сравнения $p < 0,05$) частотных диапазонах. ИВД обратно коррелировал с уровнем АДс ($r=-0,55$; $p=0,04$), ОТ ($r=-0,57$; $p=0,04$) и постпрандиальной гликемией ($r=-0,87$; $p=0,05$), уровнем МК ($r=-0,78$; $p=0,03$), инсулином и HOMA-IR ($r=-0,84$; $p=0,004$ и $r=-0,86$; $p=0,002$ соответственно), с уровнем лептина ($r=-0,9$; $p=0,03$). Выводы: для осложненного ожирения характерно повышение метаболической активности жировой ткани, связанное с инсулинорезистентностью, АД, ТГ, а также со степенью нарушения функции эндотелия. Работа поддержана ГРАНТом РФФИ 17-44-590755.

Уровень железа и растворимые рецепторы трансферрина у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Смирнова М.П., Чижов П.А., Баранов А.А.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Цель работы: оценить уровень железа и концентрацию растворимых рецепторов трансферрина у пациентов с ХСН на фоне гипертонической болезни (ГБ) и ИБС в терапевтическом стационаре. Материалы и методы: обследовано 160 пациентов с ХСН, 100 женщин (Ж) и 60 мужчин (М), средний возраст $70,96 \pm 7,41$ лет. Контрольную группу составили 20 пациентов (14 Ж и 6М) без ХСН, средний возраст $64,40 \pm 5,77$ года. Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, общий анализ крови на гематологическом анализаторе МЕК 6500 (Япония) с определением количества эритроцитов (RBC) в $10^{12}/л$, уровня гемоглобина (HGB)

в г/л. На гематологическом анализаторе SAPPHIRE-400 (Япония) определяли уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л, СРБ в г/л высокочувствительным методом в сыворотке крови фотометрическим методом по конечной точке. Процент насыщения трансферрина железом (STRF) рассчитывали по формуле: $STRF = \frac{\text{железо сыворотки, мкмоль/л} \times 398}{\text{трансферрин, мг/дл}}$. Концентрацию растворимых рецепторов трансферрина (рТФР) определяли иммуноферментным методом в нмоль/л.

Результаты: у 38 человек выявлена ХСН II ФК, у 90 – ХСН III ФК, у 32 – ХСН V ФК. При сравнении показателей обмена железа в группах пациентов с разными ФК ХСН с контрольной группой выявлено достоверное снижение уровня Fe и повышение концентрации рТФР во всех группах пациентов с ХСН. Средние значения составили, соответственно, для контрольной группы: Fe $17,58 \pm 3,83$ мкмоль, рТФР $9,09 \pm 4,01$ нмоль/л, ХСН ФК2: Fe $14,21 \pm 4,53$ мкмоль, рТФР $26,92 \pm 8,750$ нмоль/л, ХСН ФК3: Fe $13,96 \pm 7,73$ мкмоль, рТФР $30,66 \pm 25,31$ нмоль/л, ХСН ФК4: Fe $12,80 \pm 6,22$ мкмоль, рТФР $41,62 \pm 40,99$ нмоль/л. У 32 обследованных с ХСН (20%), 24 М и 8 Ж, была выявлена анемия согласно критериям ВОЗ (HGB < 130 г/л у М и < 120 г/л у Ж). Уровень HGB в этой группе ($108,10 \pm 7,46$ г/л) соответствовал легкой степени (>90 г/л). Содержание Fe у больных с ХСН и анемией составило $10,31 \pm 3,86$ мкмоль/л, FER $56,27 \pm 50,60$ мкг/л, рТФР $43,88 \pm 34,85$ нмоль/л. В группе пациентов с ХСН без анемии, по сравнению с лицами с анемией, содержание FER было достоверно выше, а рТФР – ниже ($99,02 \pm 74,64$ мкг/л и $26,52 \pm 22,57$ нмоль/л, соответственно). У 19 (60%) пациентов с ХСН с анемией был повышен уровень СРБ (>5 г/л), что свидетельствует о наличии воспаления. Средний уровень Fe в этой группе составил $10,23 \pm 4,67$ мкмоль/л, рТФР $79,79 \pm 53,83$ нмоль/л. Уровень СРБ был достоверно выше в группе пациентов с ХСН с анемией по сравнению с лицами без анемии - $6,44$ г/л и $3,39$ г/л соответственно.

Выводы: у пациентов с ХСН по мере роста ФК ХСН достоверно снижается уровень Fe и повышается концентрация рТФР.

Фармакоэкономическая эффективность применения антикоагулянтов у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий

Смоленская О.Г., Силакова В.Н., Измоденов П.А., Люберцева А.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) - наиболее часто встречающееся в клинической практике нарушение ритма сердца. Профилактика тромбоэмболических (ТЭ) осложнений является серьезной задачей лечения больных с ФП, так как развитие ишемического ТЭ инсульта часто приводит к смерти больных или к развитию тяжелого неврологического дефицита и инвалидности.

Цель исследования. Сравнить клиническую эффективность и экономические затраты при использовании варфарина и апиксабана для профилактики ТЭ осложнений у больных неклапанной ФП.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 45 больных неклапанной ФП, которые поступали в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС: ОКС, пароксизмальная или постоянная форма ФП. Средний возраст больных $69,54 \pm 1,8$ года. Мужчин было 23, женщин 22. Больные слепым методом были рандомизированы в 2 группы. Группа 1 - 20 человек, был назначен варфарин. Группа 2 - 25 больных, которые получали апиксабан. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии. Все больные наблюдались в течение 6 месяцев после выписки из стационара с плановым посещением врача 1 раз в месяц (7 визитов)

и титрованием дозы варфарина до оптимальных значений МНО от 2,0 до 3,0. При необходимости при лабильных показателях МНО или любых нежелательных побочных эффектах проводились внеплановые визиты. Результаты. Все 45 больных благополучно закончили период наблюдения 6 месяцев. ТЭ синдрома не наблюдалось. В группе 1 у всех достигнуты целевые показатели МНО. В группе варфарина было 8 госпитализаций по поводу осложнений лечения варфарином, средний показатель по группе $0,40 \pm 0,52$ госпитализации на 1 больного. В группе 2 была 1 госпитализация ($0,04 \pm 0,01$ на человека). Выраженная лабильность МНО отмечена у 12 больных (60%). Это потребовало дополнительных визитов к врачу и анализов МНО, что повышало стоимость и снижало приверженность больных к лечению. В группе 1 проводили $6,65 \pm 1,65$ раз 1 больному исследование МНО. В группе 1 у больного было $12 \pm 2,25$ визитов к врачу, из них внеплановых $4,0 \pm 2,38$. В группе 2 - $7,05 \pm 0,14$ визитов (1 внеплановый визит). В группе 1 комплаентными оказались 12 больных (60%), в группе 2 - 23 человек (88%), $p < 0,05$. Административно-организационные мероприятия лечения больных варфарином значительно сложнее, чем при назначении апиксабана. В реальной клинической практике ограничения применения апиксабана в основном обусловлены финансовым компонентом. Так стоимость 1 табл варфарина составляет 1,5 руб, а апиксабана 42 руб (по данным сайта Аптека.ру), то есть в 28 раз дороже. Если учесть все сопутствующие расходы (визит к врачу, исследование МНО), то разница в стоимости лечения апиксабаном становится в 1,7 раз дороже варфарина. Включение в общие расходы стоимости госпитализаций по поводу побочных эффектов варфарина привело к тому, что лечение апиксабаном одного больного было на 930 руб в мес дороже, чем варфарином. Если принять во внимание большую приверженность к лечению апиксабаном и минимальное количество нежелательных эффектов, клинико-экономическая эффективность становится еще более очевидной.

Выводы. 1. Приверженность больных к использованию апиксабана достоверно выше, чем при лечении варфарином.

2. Количество нежелательных эффектов, требующих внеплановых визитов к врачу или госпитализаций достоверно выше при лечении варфарином по сравнению с апиксабаном.

3. Общая стоимость 6 месячного лечения апиксабаном превосходит стоимость 6 месячного лечения варфарином в 1,7 раза (без учета стоимости госпитализаций) при том, что стоимость 1 табл. апиксабана превосходит стоимость 1 табл. варфарина в 28 раз.

Динамическое наблюдение за больными с аллотрансплантированной почкой в Амурской области

Смородина Е.И., Путинцев Д.В., Приходько О.Б., Новикова Е.А., Тубольцева Н.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Хроническая болезнь почек занимает среди хронических неинфекционных заболеваний особое место, поскольку она широко распространена, связана с резким ухудшением качества жизни, высокой смертностью и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии. Трансплантация почки является единственным радикальным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности, обеспечивающим наилучшие отдаленные результаты по сравнению с диализом, и в частности, наиболее высокие показатели выживаемости больных и качества их жизни при наиболее низких затратах на лечение. За последние годы отмечен определённый рост обеспеченности трансплантацией почки жителей

России. Позитивной тенденцией следует считать также увеличение числа родственной трансплантации почки, результаты которой демонстрируют её очевидные преимущества перед использованием трупного донорского органа. Число больных с трансплантатом от живого родственного донора составляло 763 в 2010 году, а в 2015 году их количество увеличилось до 1553. Цель исследования: провести динамическое наблюдение за больными с аллотрансплантированной почкой в условиях Амурской областной клинической больницы.

Задачи: проследить за результатами динамического наблюдения больных с трансплантированной почкой, выявить наиболее частые осложнения.

Материалы и методы. При исследовании было выбрано 44 пациента с трансплантированной почкой под наблюдением Амурской областной клинической больницы.

Результаты: в результате динамического наблюдения больных после трансплантации почки в условиях Амурской областной клинической больницы были выявлены следующие показатели. За период 1996 по 2018 годы аллотрансплантация почки была выполнена 44 больным (г. Москва, г. Кемерово). При этом в живых – 41 человек. Хронический гломерулонефрит являлся причиной у 81% больных. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что 29% от числа больных составили мужчины, 71% – женщины. Средний возраст пациентов – 43 года. Показатели выживаемости больных с трансплантированной почкой составил в среднем 12 лет. Причинами летального исхода у больных в 2017 году являлись инфекционные осложнения (пневмония) – 42%, онкологические заболевания – 53%, другие причины – 5%. Выживаемость реципиентов почечного трансплантата во все сроки наблюдения была достоверно выше, чем у больных, получавших заместительную терапию диализом, и через 5 лет составила 83%, против 44% у пациентов, получающих терапию методом перитонеального диализа и 54% – у больных, находящихся на программном гемодиализе. Как и в группе диализных больных, прогностически неблагоприятным фактором был возраст пациентов на момент операции. Пятилетняя выживаемость реципиентов почечного трансплантата в группе больных моложе 50 лет составила 85% (24 случая), в то время как у реципиентов старшей возрастной группы этот показатель снижался до 73%. Выживаемость при трансплантации почки в обеих возрастных группах оказались достоверно выше, чем у диализных больных в эти же сроки. Данные в Амурской области за 2017 год показывают, что количество пациентов, получавших лечение методом трансплантации почки, составило 6,15 на 100 тыс. населения, методом диализа (гемодиализ, перитонеальный) – 21,2 на 100 тыс. населения. В сравнение с общероссийскими показателями за 2015 год, на которые приходится пациенты с трансплантированной почкой – 5,74 на 100 тыс. населения, находящиеся на диализе – 24,3 на 100 тыс. населения.

Выводы: при несомненных преимуществах трансплантации почки перед заместительной почечной терапией, обеспеченность этим видом помощи существенно отстаёт от существующей в нем потребности. Как показывает анализ данных Регистра, трансплантация почки остается малодоступной для населения более половины субъектов РФ, о чем свидетельствует низкий средний показатель числа реципиентов с функционирующим трансплантатом на 1 млн. населения. Решение этой проблемы является одной из первоочередных задач, стоящих перед региональными органами здравоохранения.

Эмоциональный и когнитивный статус: какова взаимосвязь?

Соколова Л.П.

Клиническая больница №1 УД Президента РФ, Московский медицинский университет РЕАВИЗ, Москва

Актуальность. Известно, что легкие и умеренные когнитивные расстройства нередко развиваются на фоне повышенной тревожности, депрессивных расстройств. Известно, что тревога имеет множество соматических коррелятов. Это и сердечно-сосудистые проявления (функциональная кардиалгия, нарушения ритма сердечной деятельности), гастроэнтерологические (синдром раздраженного кишечника, функциональные абдоминалгии, отрыжка и др.), дыхательные (гипервентиляционный синдром), функциональное нарушение терморегуляции и др. Термин «психосоматические расстройства» прочно вошел в практическую медицину. Кроме соматических проявлений тревоги четко вырисовываются и когнитивное снижение на фоне невротических расстройств. Такие когнитивное снижение по нейропсихологическому профилю лежит в сфере нейродинамических нарушений и проявляется снижением концентрации внимания, рассеянностью, замедлением мыслительных процессов, повышенной утомляемостью, снижением умственной работоспособности и мотивации. Иногда в клинической практике трудно определить, что является первичным, когнитивное снижение или же эмоционально-личностные расстройства. Но определять первопричину крайне важно, так как это принципиально определяет направление медикаментозной терапии. Таким образом, изучение особенностей взаимосвязи между когнитивным снижением и эмоционально-личностными расстройствами представляется весьма актуальным.

Цель и задачи работ. Изучить наличие и некоторые особенности взаимосвязи между эмоционально-личностными и додементными когнитивными расстройствами.

Материалы и методы: в группу исследования было включено 30 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 20 до 55 лет, обратившихся за медицинской помощью с жалобами на ухудшение памяти, внимания, умственной работоспособности и которым было диагностировано легкое или умеренное когнитивное расстройство различного генеза (последствия ЧМТ, начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, посттравматическое стрессовое расстройство, климактерический синдром и др.). Обследование включало изучение жалоб, анамнеза, исследование неврологического и общесоматического статуса по общепринятой методике. Для верификации диагноза проводилось по показаниям МРТ головного мозга, электроэнцефалография, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Всем пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование для определения эмоционально-личностных расстройств (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Шкала Спилбергера) и когнитивного снижения (Тест Мюнстерберга, Таблицы Шульце, тест на определение уровня образной памяти, кратковременной памяти, логичности умозаключений, тесты Бинэ). Критерием исключения были наличие у пациентов деменции, измененного сознания, психоаффективные расстройства.

Полученные результаты. В результате проведенных исследований было выявлено, что у большинства пациентов определялась повышенная реактивная тревожность (в 78%) и личностная тревожность (84%), по Госпитальной шкале тревоги и депрессии умеренный уровень тревожности был определен у 64% и у 27% высокий уровень тревожности, у 39% определялся субклинический уровень депрессии. У большинства пациентов с эмоционально-личностными нарушениями определялись нарушение внимания, быстроты мыслительных процессов. В то же время, показатели образной, кратковременной памяти и логичность умозаключений, как правило, были на уровне нормальных величин.

Выводы: у большинства пациентов с легкими и умеренными когнитивными расстройствами наблюдаются нарушения эмоционально-личностного статуса (тревожное расстройство и, в меньшей степени, субклиническая депрессия). Таким образом, считаем, что включение медикаментозных

препаратов с анксиолитическим и вегетотропным действием в комплексную терапию пациентов с легким и умеренным когнитивным снижением, в большинстве случаев, целесообразно и оправдано.

Особенности личности пациентов и эффективность антигипертензивной терапии

Соколовская Е.А.

Крымский федеральный университет им.В.И.Вернадского,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Цель исследования. Оценка влияния психологических особенностей личности, возраста, пола пациентов, давности и тяжести артериальной гипертензии (АГ) на эффективность антигипертензивной терапии.

Материал и методы. Обследовано 127 пациентов с АГ, в том числе 47 мужчин и 80 женщин, средний возраст – 53,3±0,8 года. Мягкая, умеренная и тяжелая АГ установлена соответственно в 51, 44 и 32 наблюдениях. Давность заболевания составила в среднем 9,1±0,7 лет. Включённым в исследование больным на протяжении 12 недель проводилась антигипертензивная монотерапия эналаприлом в дозе 5-40 мг/сут (1-я группа – 33 пациента), эналаприлом 5-40 мг/сут в сочетании с гидрохлортиазидом 12,5-25 мг/сут (2-я группа – 49 больных), эналаприлом 5-40 мг/сут в сочетании с атенололом 25-100 мг/сут и гидрохлортиазидом 12,5-25 мг/сут (3-я группа – 45 пациентов). Всем пациентам до назначения лечения, через 4 и через 12 недель от начала терапии проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата АВРМ 02/0 Meditech (Венгрия). Для оценки психологического статуса использовались модифицированный тест ММРІ тест реактивной и личностной тревоги Спилбергера.

Полученные результаты. На фоне 12-недельной терапии антигипертензивный эффект был достигнут в 70,2% наблюдений (в 1-й, 2-й, 3-й группах соответственно 68,7%, 70,4% и 70,8% случаев). У больных с последующим неудовлетворительным результатом монотерапии эналаприлом (1-я группа) отмечались более высокие показатели вариабельности систолического АД (соответственно 18,4±2,2 против 14,2±0,8 мм рт.ст.; $p<0,05$) и вариабельности диастолического АД (12,8±0,8 против 9,9±0,7 мм рт.ст.; $p<0,05$) в дневное время; у пациентов, принимавших комбинированные режимы терапии (2-я и 3-я группы) характерных особенностей результатов СМАД не отмечено. При сравнении эффективности антигипертензивной терапии среди пациентов с мягкой, умеренной и тяжелой АГ доля больных с эффективным снижением АД составила через 1 месяц от начала лечения соответственно 50,0% (12 человек), 66,7% (16) и 79,0% (15 больных) (различия достоверны между пациентами с мягкой и тяжелой АГ при $p<0,05$). При дальнейшем лечении в течение 12-ти недель антигипертензивный эффект у больных с мягкой АГ нарастал: снижение АД отмечалось у 16 человек (66,7%). При умеренной и тяжелой АГ существенного прироста эффективности лечения не отмечалось: 17 (75,0%) и 13 наблюдений (68,4%) соответственно ($p>0,05$). Существенных различий эффективности антигипертензивной терапии по данным СМАД между мужчинами и женщинами не отмечалось. Так, через 1 месяц среди мужчин снижение АД выявлено в 16 случаях (69,6%), среди женщин – у 27 человек (61,4%), через 3 месяца – соответственно в 13 (69,6%) и в 31 наблюдении (70,5%) ($p>0,05$). При оценке результатов антигипертензивной терапии в зависимости от возраста установлено, что у больных моложе 60 лет АД снижалось быстрее по сравнению с пациентами старшего возраста: через 4 недели соответственно в 31 наблюдении (73,8%) против 12 (48,0%), $p<0,01$. При продолжении лечения эффективность терапии в сравниваемых группах практически не различалась: через

3 месяца соответственно 29 наблюдений (69,1%) против 18 (72,0%), $p>0,05$. Психологический статус до начала лечения больных, у которых 12-недельный курс терапии оказался неэффективным, характеризовался более низкими показателями 9-й шкалы ММРІ (43,3±5,2 против 59,7±1,7 Т баллов; $p<0,01$), и высокими – 0-й шкалы (63,06±1,6 против 47,0±2,2 Т баллов; $p<0,01$), что свидетельствует о сниженном уровне активности и оптимизма, недостаточной вере в благоприятный исход заболевания, затруднениях при межличностных контактах, в частности, в установлении доверительных отношений с врачом, по сравнению с пациентами, у которых антигипертензивный эффект был достигнут.

Выводы. Недостаточно эффективной антигипертензивной терапии способствуют исходные изменения психологического статуса, характеризующиеся снижением оптимизма и затруднениями при межличностных контактах.

Новый подход в антитромбоцитарной терапии при лечении тромбозмболии ветвей легочной артерии

Соловьев О.П.

Красногорская городская больница №1, Региональный сосудистый центр, Красногорск

Цель исследования: Изучить эффективность и безопасность использования системной тромболитической терапии альтеплазой с последующим назначением дабигатрана при лечении и профилактики тромбозмболии ветвей легочной артерии.

Задачи исследования: 1. Изучить эффективность и безопасность использования альтеплазы в качестве фибринолитика при лечении тромбозмболии ветвей легочной артерии. 2. Изучить эффективность и безопасность назначения дабигатрана без предшествующей гепаринотерапии для профилактики рецидивов тромбозмболии после проведения системной тромболитической терапии альтеплазой (исследование офф-лейбл) 3. Оценить эффективность комбинированного применения альтеплазы и дабигатрана в лечении и профилактики тромбозмболии ветвей легочной артерии.

Научная новизна. Использование гепаринотерапии перед назначением дабигатрана началось с исследования RE-COVER, в котором сравнивалась эффективность дабигатрана и варфарина при лечении и профилактики тромбозмболии ветвей легочной артерии, и для этих препаратов были смоделированы равные условия назначения. Однако, в отличие от варфарина, у дабигатрана нет кумулятивного эффекта, пик его содержания в плазме начинается уже через 0,5-2 часа от момента приема. Мы впервые исследовали использование системной тромболитической терапии альтеплазой с последующем назначением дабигатрана без предшествующей гепаринотерапии.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения пациентов с острой ТЭЛА, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии регионального сосудистого центра ГБУЗ МО КГБ №1. С 2015 г. по 2017 г. были госпитализированы 223 пациента с последующей верификацией острой ТЭЛА. После визуальной верификации ТЭЛА (после проведения МСКТ) при наличии показаний и отсутствии противопоказаний 60 (26,9%) больным была проведена системная тромболитическая терапия альтеплазой, которые и вошли в наше исследование. Пациентам, вошедшим в исследование, проводилась системная тромболитическая терапия альтеплазой по 2-часовой схеме. По завершению ТЛТ пациентам был назначен дабигатран в дозе 110/150 мг 2 раза в день. У подавляющего большинства пациентов (98,3%)

отмечалась положительная динамика течения заболевания: уменьшение тахикардии (в среднем на 26,4±6,1 уд/мин), уменьшение тахипноэ (в среднем на 7,4±1,3 дых/мин), уменьшение давления в легочной артерии (в среднем на 18,2±4,8 мм рт.ст.), отсутствие признаков рецидивирования ТЭЛА на стационарном этапе. Нами не было зарегистрировано ни одного случая развития аллергических реакций, что может служить критерием безопасности используемого метода лечения. Внутрочерепные кровоизлияния наблюдались в 1,7% случаев (у одного пациента), также они привели к единственному летальному исходу в нашем исследовании. В остальных случаях развития неблагоприятных событий мы наблюдали малые кровотечения, для купирования которых не требовалась коррекция проводимой терапии: в 3,4% (2 случая) отмечалась макрогематурия (следует отметить, что во всех случаях развития она наблюдалась после постановки мочевого катетера, поэтому ее развитие могла быть спровоцирована травматизацией уретры при катетеризации мочевого пузыря). И у двух пациентов (3,4% случаев) отмечалась кровотоочивость десен, длившаяся 1-2 дня, скорее всего обусловленное проводимой системной тромболитической терапией. Через три месяца после первичной госпитализации мы провели телефонный опрос 36 пациентов, пролеченных в нашем центре от ТЭЛА. Ни у одного из этих пациентов не было рецидивов тромбозов ветвей легочной артерии, а также не было отмечено развития побочных эффектов дабигатрана, требующих отмены препарата. В большинстве случаев (88,8%) пациенты отмечали продолжавшееся уменьшение явлений дыхательной недостаточности, а также отсутствие показаний для повторных госпитализаций. У четырех больных отмечались повторные госпитализации в связи с развитием рецидивирующих пневмоний.

Выводы: 1. Применение альтеплазы в качестве системной тромболитической терапии при ТЭЛА является эффективным и безопасным методом лечения. 2. Применение дабигатрана после системной ТЛТ без предшествующей гепаринотерапии является эффективным и безопасным методом профилактики рецидивов ТЭЛА.

Рекомендации. Комбинированное применение системной тромболитической терапии альтеплазой с последующим назначением дабигатрана без предшествующей гепаринотерапии может быть рекомендовано в качестве методов лечения и профилактики тромбозов ветвей легочной артерии.

Влияние различных комбинаций антигипертензивных препаратов на жесткость магистральных артерий у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет

Цель: провести сравнительный анализ влияния 12-недельной комбинированной антигипертензивной терапии эналаприлом и индапамидом, а также лизиноприлом и амлодипином на показатели жесткости сосудистой стенки магистральных артерий у больных артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа. Пациенты и методы. Включено 60 больных АГ II-III стадии в сочетании с СД 2 типа в возрасте 45 - 70 лет сопоставимых по основным клинко-демографическим характеристикам: полу, возрасту, индексу массы тела, длительности АГ и СД, уровню систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД). Пациентам 1 группы (n=30) назначена комбинированная АГТ эналаприлом 26,3±2,2 мг/сут. и индапамидом 2,5±0 мг/сут. Пациенты 2 группы (n=30) получали комбинацию

лизиноприла 12,0±0,9 мг/сут. и амлодипина 6,0±0,4 мг/сут. Проводили клиническое обследование больных, оценивали эластические свойства магистральных артерий путем анализа скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического (СРПВэ.) и мышечного (СРПВм.) типов, определяли концентрацию HbA1c.

Результаты. У 100% больных обеих групп на фоне 12-недельной комбинированной антигипертензивной терапии были достигнуты целевые значения АД. Уровень офисного САД снизился на 18,8% (p<0,05) в 1 группе и на 21% (p<0,05) во 2 группе, а офисного ДАД – на 13,1% (p<0,05) и 13,5% (p<0,05) соответственно. Лечение эналаприлом + индапамидом и лизиноприлом + амлодипином не оказывало негативного влияния на параметры углеводного обмена: Δ%= -2,7 и -4,1 соответственно по концентрации HbA1c. Через 12 недель комбинированной антигипертензивной терапии достоверно уменьшились СРПВэ. на 10,8%, СРПВм. на 10,1% среди пациентов, получавших эналаприл + индапамид, а среди больных, получавших лизиноприл + амлодипин – СРПВэ. на 11%, а СРПВм. на 12,6% соответственно.

Заключение. Комбинированная терапия эналаприлом + индапамидом, а также лизиноприлом + амлодипином в течение 12 недель показала высокую антигипертензивную эффективность параллельно с хорошей переносимостью у больных АГ в сочетании с СД 2 типа. Лечение эналаприлом + индапамидом и лизиноприлом + амлодипином сопоставимо статистически значимо уменьшало жесткость сосудистой стенки магистральных артерий и не ухудшало углеводный обмен.

Оценка дисфункции висцерального жира у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени

Стаценко М.Е., Туркина С.В., Косивцова М.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Целью данного исследования являлась оценка дисфункции висцерального жира у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

В задачи исследования входило изучение выраженности висцерального ожирения и дисфункции висцерального жира, а также определение их клинической значимости у больных с ХСН и НАЖБП.

Материалы и методы. В исследование было включено 180 пациентов с ХСН ишемического генеза I-III функционального класса (ФК) в возрасте от 45 до 65 лет, из которых было сформировано 2 группы с сопоставимым ФК ХСН. Основная группа больных (n=120) имела ультразвуковые признаки НАЖБП (средний возраст 55,4±1,9 лет). В контрольную группу вошли пациенты без НАЖБП (n=60, средний возраст 57,6±3,3 лет). У всех больных оценивали уровень висцерального ожирения (ВО) с помощью биоимпедансометрии (аппарат Omron BF508 Kyoto, JAPAN), а также путем расчета индекса висцерального ожирения (VAI) и дисфункции жировой ткани (ATD) по Amato M. (2010). Функциональное состояние и маркеры повреждения печени определялись с применением стандартных лабораторных методик. Обработку результатов проводили с привлечением встроенных функций программы MS Excel и программы Statistica 7.0.

Полученные результаты. У пациентов обеих групп индекс массы тела был выше нормальных значений (32,0±5,1 кг/м² и 28,4±4,0 кг/м², p>0,05). По данным оценки биоимпедансометрического исследования в основной группе пациентов уровень висцерального жира составил 18,9±4,1% vs 9,8±2,2% в контрольной группе (p<0,05). Отмечено, что в группе больных с

ХСН и НАЖБП превалировали пациенты с высоким (8,3%) и очень высоким процентным уровнем висцерального жира (91,7%). В контрольной группе достоверно чаще встречались пациенты с нормальным и высоким уровнем висцерального жира: 46,7% и 53,3% соответственно. Как в основной, так и контрольной группе отмечено статистически значимое повышение расчетного индекса висцерального ожирения VAI ($4,23 \pm 1,3$ vs $1,69 \pm 0,81$ у.е. соответственно). Однако у пациентов с ХСН и НАЖБП он был достоверно выше по сравнению с пациентами без НАЖБП. При оценке выраженности дисфункции висцерального жира (ВЖ) у пациентов основной группы выраженная АТД наблюдалась в 75,8%, умеренная – в 18,4% случаев. АТД легкой степени присутствовала лишь у 3,3% и отсутствовала у 2,5% пациентов. Среди больных контрольной группы 46,7% имели нормальный индекс VAI, у 53,3% был отмечен высокий уровень индекса висцерального жира. Анализ показателя дисфункции ВЖ (АТД) показал, что выраженная дисфункция присутствовала у 3,3% больных, при этом у преобладающего большинства пациентов с «изолированной» ХСН (73,3%) дисфункция висцерального жира отсутствовала. Выявлено, что у пациентов с ХСН и НАЖБП, в отличие от больных без НАЖБП, присутствуют достоверные корреляционные взаимосвязи между процентом висцерального жира и уровнем билирубинемии, прямого билирубина ($r = 0,3$, $r = 0,21$ соответственно, $p < 0,05$), а также щелочной фосфатазы (ЩФ) ($r = 0,3$, $p < 0,05$), тимоловой пробы ($r = 0,21$, $p < 0,05$), аланинаминотрансферазы (АЛТ) ($r = 0,3$, $p < 0,05$). Обращает внимание, что только в основной группе больных отмечались корреляционные взаимосвязи между уровнем расчетного индекса VAI и активностью гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП) ($r = 0,47$, при $p < 0,05$), являющейся одним из маркеров сердечно – сосудистой смертности у пациентов с ХСН. Кроме того, в группе пациентов с ХСН и НАЖБП степень дисфункции жировой ткани коррелировала с уровнем билирубинемии ($r = 0,3$, при $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с ХСН и НАЖБП по сравнению с больными с «изолированной» ХСН, несмотря на отсутствие достоверных различий в показателе ИМТ, достоверно выше выраженность висцерального ожирения и степень дисфункции жировой ткани. Наличие у коморбидного пациента с ХСН и НАЖБП корреляционных взаимосвязей между выраженностью ВО и билирубинемией, АЛТ, ЩФ, ТП, между VAI и ГГТП, а также между АТД и билирубинемией определяют неблагоприятный сердечно – сосудистый прогноз у этой категории пациентов.

Особенности состояния магистральных артерий и функциональных параметров почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и ожирением

Стаценко М.Е., Фабрицкая С.В., Рындина Ю.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель. Оценить особенности состояния магистральных артерий и функциональных параметров почек у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ожирением.

Материал и методы. Обследовано 124 пациента с ХСН II-III функционального класса (ФК) ишемического генеза в возрасте от 45 до 65 лет. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия/отсутствия ожирения. Проводили клиническое обследование с анализом состава тела, оценивали функциональное состояние почек. Для изучения состояния магистральных артерий определяли скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям эластического и мышечного типа. Группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим характеристикам.

Результаты. Выявлено статистически значимое снижение клубочковой функции при сочетании ХСН с ожирением. Достоверно худшие показатели, отражающие жесткость артериальной стенки, определялись по мере снижения фильтрационной способности почек. При одинаковом ФК ХСН показатели СРПВ достоверно выше у больных с сопутствующим ожирением. У больных с ХСН и ожирением отмечено значимое увеличение СРПВ по артериям эластического (СРПВэ) и мышечного типа (СРПВм) по сравнению с пациентами с ХСН и нормальной массой тела, $p < 0,05$. При проведении окклюзионной пробы в группе больных с ХСН и ожирением достоверно реже встречается нормальная реактивность магистральных артерий ($18,6\%$ vs $29,7\%$, $p < 0,05$).

Выводы. У больных хронической сердечной недостаточностью в сочетании с ожирением отмечается достоверное ухудшение состояния магистральных артерий и функциональных параметров почек.

Влияние терапии избыточной массы тела на течение остеоартрита коленных суставов

Стребкова Е.А., Алексеева Л.И.

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

Цель. Одним из наиболее распространенных заболеваний суставов является остеоартрит (ОА). Ожирение и избыточная масса тела считаются основными факторами риска развития и прогрессирования ОА коленных суставов.

Целью настоящего исследования стало оценить влияние терапии ожирения медикаментозными и немедикаментозными методами на клиническое течение ОА коленных суставов.

Методы исследования. В исследование было включено 50 женщин с ОА коленных суставов II-III стадий по Kellgren-Lawrence и ожирением (индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м²). Методом рандомизации пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты 1 группы ($n = 25$) принимали препарат орлистат (блокатор желудочных липаз) 1 капсула (120 мг) 3 раза в день в течение 6 месяцев в сочетании с диетой (калорийность < 1200) и рекомендованными физическими нагрузками. Пациентам 2 группы была назначена немедикаментозная терапия ожирения: диета (калорийность < 1200) и физические нагрузки. 92% пациентов 1 группы и 100% пациентов 2 группы принимали НПВП в среднесуточных дозировках. Пациенты наблюдались ежемесячно в течение 6 месяцев. На каждом визите проводилась оценка антропометрических данных (рост, вес, ИМТ), оценка функционального индекса боли, скованности, функциональной недостаточности (ФН) коленных суставов (Western Ontario and Mc-Master Universities Arthrose index (WOMAC)), оценка необходимости применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), оценка качества жизни по опроснику EuroQoL 5D (EQ-5D) и визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты исследования. В результате проведенной терапии орлистатом у пациентов 1 группы достигнуто значимое снижение массы тела на 10,07% ($p = 0,001$) по сравнению с исходными показателями. Среди них количество пациентов, потерявших не менее 5% массы тела от исходной составило 44% (11 человек), 56% (14 человек) потеряли более 10% от исходной массы тела. Во 2 группе пациенты статистически не значимо снизили массу тела на 0,88% ($p = 0,831$). У пациентов обеих групп достоверно снизились показатели WOMAC боли, скованности, ФН и суммарного WOMAC. Пациенты 1 группы через 6 месяцев лечения ожирения достигли достоверно лучших показателей индекса WOMAC, чем пациенты 2 группы; отмечено снижение боли на 52,5% против 20,9%, скованности

на 47,98% против 27,83%, ФН на 51,55% против 14,6%. Таким образом, суммарный индекс WOMAC у пациентов 1 группы снизился на 51,49% ($p < 0,05$), во 2 группе на 19,63% ($p < 0,05$). У пациентов 1 группы на фоне значимого снижения массы отмечено снижение в потребности в приеме НПВП в 4,6 раза. У 76% пациентов 2 группы сохранялась необходимость в применении НПВП. У пациентов 1 группы отмечено достоверное повышение индекса EQ-5D на 52,27% ($p < 0,05$), что говорит об улучшении качества жизни пациентов на фоне более выраженного снижения веса, чем у пациентов 2 группы. Во 2 группе индекс EQ-5D не изменился по сравнению с исходными данными ($p = 0,98$). У пациентов обеих групп через 6 месяцев медикаментозной и немедикаментозной терапии ожирения достоверно повысился уровень состояния здоровья по ВАШ. Однако у пациентов 1 группы данный показатель увеличился на 44,75%, а у пациентов 2 группы – на 22,89%.

Выводы. Снижение массы тела в результате терапии орлистатом в сочетании с диетой и физическими нагрузками достоверно улучшает течение ОА коленных суставов. Продемонстрировано улучшение параметров WOMAC, качества жизни по EQ-5D и ВАШ, снижение потребности в приеме НПВП у пациентов, достигших значимого снижения массы тела. Таким образом, применение медикаментозной терапии ожирения, а также диеты в сочетании с физической активностью могут быть включены в план ведения больных ОА коленных суставов в сочетании с ожирением.

Показатели про- и антиоксидантной систем при остром коронарном синдроме у мужчин

Стрельникова М.В., Синеглазова А.В., Вялова Т.А., Сумеркина В.А.

Южно-уральский государственный медицинский университет, Челябинская областная клиническая больница, Челябинск

Цель: оценить взаимосвязь тяжести острого коронарного синдрома (ОКС) и выраженности стеноза венечных артерий с показателями перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у мужчин.

Материалы и методы. На базе кардиологического отделения №2 ГБУЗ ЧОКБ, обследовано 98 мужчин с ОКС (средний возраст = 57,7±9 лет), в том числе 68 (69,4%) пациентов с диагнозом острый инфаркт миокарда (ИМ) (средний возраст – 58,3±9,6 лет) и 30 (40,6%) пациентов – с нестабильной стенокардией (НС) (средний возраст – 56,4±9,0 года, $p=0,188$). Проведено стандартное клинико-лабораторно-инструментальное обследование, включая экстренную коронароангиографию (КАГ) на аппарате Siemens Artis Zee Floor. Исследованы параметры перекисного окисления липидов (ПОЛ) (E232/E220 – первичные продукты ПОЛ, E228/E220 – вторичные продукты ПОЛ, E400/E220 – конечные продукты ПОЛ в гептановой [г] и изопропанольной [и] фазах) и антиоксидантной защиты (АОЗ) (пероксидаза, глутатионредуктаза (ГР), каталазы сыворотки (КС) и эритроцитов (КЭ), супероксиддисмутаза (СОД)). Статистическая обработка выполнена в программе SPSS 22,0. Данные обработаны методами дескриптивной статистики и представлены в виде среднего арифметического и его средней ошибки ($M \pm m$), абсолютным количеством больных (n) и их процентными долями (%). Межгрупповые различия оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, χ^2 Пирсона. Проведен непараметрический корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты исследования. При анализе КАГ данных у мужчин с ОКС в 6,1% случаев ($n=6$) встречаются интактные коронарные артерии (КА), а 93,9% ($n=92$) имеют стенозы венечных сосудов, из них атеросклероз КА менее 50% наблюдается у 5%; от 50% до 75% – у 14%; от 76% до 99% – у 35% и окклюзии – у 46% исследуемых. Стенозы встречаются чаще при ИМ ($n=67$; 98,5%), чем при НС ($n=25$; 83,3%), $p=0,004$. Шанс коронарного

атеросклероза при ИМ выше по сравнению с НС (ОШ=13,4; ДИ 95% [1,5; 122,4]). При ИМ содержание продуктов ПОЛ – E228/E220 [и] было выше ($0,330 \pm 0,087$ е.и.о.), чем при НС ($0,285 \pm 0,075$ е.и.о.; $p=0,009$), также имела тенденция к более высоким значениям E400/E220 [г] ($0,068 \pm 0,036$ е.и.о. и $0,285 \pm 0,075$ е.и.о. соотв.; $p=0,099$). Во время как показатели АОЗ, а именно ГР, напротив, у лиц с ИМ были ниже, чем при НС ($13,4 \pm 11,0$ МЕ и $17,7 \pm 12,6$ МЕ; $p=0,032$). При этом в 99% случаев наблюдалось сниженное референсное значение ГР. Для дальнейшего анализа пациенты были разделены на группы: 1 гр. – НС без стенозов ($n=5$); 2 гр. – НС со стенозами ($n=25$) и 3 гр. – ИМ со стенозами ($n=67$). Показатели ПОЛ увеличивались с тяжестью ОКС: E278/220 [и] в 3 гр. ($0,330 \pm 0,088$ е.и.о.) выше, чем во 2 гр. ($0,279 \pm 0,074$ е.и.о.; $p=0,004$). А уровни пероксидазы и ГР снижались: в 1 гр. – $5,7 \pm 1,9$ моль/л/сек и $17,0 \pm 15,4$ МЕ; во 2 гр. – $3,8 \pm 1,2$ моль/л/сек и $17,9 \pm 12,3$ МЕ и в 3 гр. – $3,7 \pm 1,4$ моль/л/сек и $13,2 \pm 10,9$ МЕ, где $p=0,040$ и $p=0,010$ соотв. При корреляционном анализе получена прямая связь E278/220[и] с наличием ИМ ($rs=0,266$; $p=0,008$) и уровнем тропонина I ($rs=0,261$; $p=0,010$). Установлена обратная корреляция значения ГР с развитием ИМ ($rs=-0,217$; $p=0,032$), уровнем КФК-МВ ($rs=-0,208$; $p=0,041$), тропонина I ($rs=-0,399$; $p=0,0$) и степенью стеноза КА ($rs=-0,215$; $p=0,033$). А также обратная взаимосвязь содержания пероксидазы с тяжестью поражения КА ($rs=-0,291$; $p=0,004$). Кроме того, при сниженной активности пероксидазы окклюзии встречались чаще, чем при стенозах КА ($n=26$; 76,5% и $n=16$; 40%; $p=0,002$). Шанс окклюзии при снижении уровня пероксидазы был выше, чем при нормальном ее значении (ОШ=4,9 ДИ 95%; [1,8; 13,4]).

Выводы/ Развитие ИМ при ОКС у мужчин с более выраженным поражением КА ассоциировано с более высокими показателями перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты. При снижении уровня пероксидазы значительно возрастает шанс окклюзии КА.

Артериальная гипертония как фактор риска осложненного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов – анализ регистра беременных

Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Баркова Е.Л., Иванова Е.Ю., Гомова Т.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Тульская областная больница, Москва, Тула

Цель: анализ результатов обсервационного (наблюдательного) исследования – регистра «БЕРЕГ», который может продемонстрировать встречаемость артериальной гипертонии (АГ) в реальной клинической практике, ее характер и влияние на течение гестации и перинатальные исходы.

Материалы и методы. Исследование «Оценка клинического состояния беременных с кардиоваскулярными заболеваниями в течение гестации, в родах, раннем послеродовом периоде, а также анализ перинатальных исходов, состояния плода, новорожденного и качества лечения этих пациенток с помощью регистра – Беременных регистр («БЕРЕГ») включило 3214 женщин, родоразрешенных в течение 2014 г., из которых у 451 (14%) были диагностированы различные клинические варианты АГ: хроническая АГ (1 группа) – у 175 (39%), гестационная АГ (2 группа) – у 117 (26%) и преэклампсия (ПЭ) (3 группа) – у 159 (35%).

Результаты. Пациентки с АГ были достоверно старше (Ме 30 лет [25%;75%:27;35 лет]), чем женщины с нормальным артериальным давлением (Ме 28 лет [25%;75%:25;32 лет], $p=0,003$), и чаще имели нарушения углеводного обмена, в том числе сахарный диабет (группа

контроля - 160(5,8%) VS 1 группа - 53(30,3%), 2 группа - 23(14,5%), 3 группа - 16(13,8%), $p < 0,001$), а также ожирение (группа контроля - 525 (19,0%) VS 1 группа - 110(62,9%), 2 группа - 87(54,7%), 3 группа - 67(57,3%), $p < 0,0001$). Течение беременности у женщин с различными вариантами АГ значительно чаще по сравнению с группой нормотензивных пациенток осложнялось угрозой ее прерывания (группа контроля - 291 (10,5%) VS 1 группа - 28(16,0%), $p = 0,033$), плацентарной недостаточностью (группа контроля - 389(14,1%) VS 1 группа - 40(22,9%), 2 группа - 50(31,4%), $p < 0,002$) преждевременными родами и оперативным родоразрешением. При анализе прогноза недоношенности плода наибольшей дискриминационной способностью обладали такие признаки как наличие плацентарной недостаточности, гипертензивных состояний, ожирения и инфекционных заболеваний. Меньший вклад вносили эндокринные заболевания и угроза прерывания беременности (Wilks' Lambda = 0,078, F (8,3168) = 26,358, $p < 0,0001$).

Выводы. Наличие АГ у беременных ассоциировано с более старшим возрастом, наличием ожирения, нарушениями углеводного обмена, угрозой прерывания беременности, плацентарной недостаточностью, преждевременными родами, оперативным родоразрешением и неблагоприятными перинатальными исходами (высокая частота осложнений у новорожденного и низкая масса тела новорожденного у женщин с ПЭ).

Влияние цитиколина на изменения концентрации нейроспецифических белков NSE и S100b в сыворотке крови при моделировании ишемии головного мозга у крыс

Суфианова Г.З., Суфианов А.А., Шапкин А.Г., Хлёткина М.С.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. Изучить изменения концентрации нейроспецифических белков (NSE и S-100b) при моделировании фокальной транзиторной ишемии головного мозга у крыс при профилактическом и лечебном назначении цитиколина.

Материалы и методы. Работа выполнена на 51 беспородных крысах-самцах, весом 180-220 гр. У всех обследуемых животных, с целью определения концентрации нейроспецифических белков (NSE и S-100b), производилось исследование образцов плазмы венозной крови до- и на 1-3 сутки после моделирования 60 минутной транзиторной ишемии головного мозга у крыс путем интравазальной окклюзии левой СМА.

Результаты. В исследовании показано, что профилактическое введение цитиколина сопровождается менее значительным увеличением концентрации нейроспецифических белков (NSE и S100b) плазмы крови при транзиторной окклюзии средней мозговой артерии у крыс в эксперименте, что свидетельствует о меньшей степени повреждения структур головного мозга и гематоэнцефалического барьера. Назначение цитиколина с лечебной целью менее эффективно и в первые 5 суток не сопровождается существенными изменениями сывороточной концентрации нейроспецифических белков и улучшением неврологического статуса в сравнении с контрольной группой.

Заключение. Цитиколин при профилактическом введении обладает выраженной нейропротекторной активностью при ишемии головного мозга, что проявляется значительно меньшим увеличением концентрации нейроспецифических белков в плазме крови в сравнении с контрольной группой.

Неврологическая оценка нейропротекторной активности цитиколина при моделировании ишемии головного мозга у крыс

Суфианова Г.З., Суфианов А.А., Шапкин А.Г., Хлёткина М.С.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. Провести сравнительную неврологическую оценку нейропротекторной активности цитиколина при профилактическом и лечебном введении на модели фокальной транзиторной ишемии головного мозга.

Материалы и методы. Работа выполнена на 51 беспородных крысах-самцах, весом 180-220 гр. Животные были разделены на 4 экспериментальные группы. В ложноперированной группе (n=8) у крыс выполнялся доступ к брахицефальным артериям без последующей окклюзии. Контрольная группа (N=17) была представлена животными, у которых моделировали транзиторную 60 минутную ишемию головного мозга путем внутрисосудистой окклюзии средней мозговой артерии. Основная экспериментальная группа была разделена на две подгруппы: в первой (N=14) проводилось постстреперфузионное и ежедневное в/б введение 2000 мг/кг цитиколина; во второй подгруппе (N=12) цитиколин (2000 мг/кг) вводился в/б однократно за 60 минут до окклюзии левой СМА. Оценку неврологического дефицита осуществляли до ишемии и в последующие 5 суток с применением 4-бальной шкалы Бедерсона и шкалы оценки неврологических нарушений McGraw с модификациями Ohno.

Результаты. Средний неврологический балл по шкалам Бедерсона и McGraw за все 5 суток наблюдения у крыс контрольной группы составлял соответственно $2,5 \pm 0,1$ и $9,3 \pm 0,7$. У крыс первой основной экспериментальной подгруппы, на фоне лечебного ежедневного в/б введения цитиколина, существенных отличий неврологических проявлений и общей летальности экспериментальных животных от контрольной группы не наблюдалось. Наиболее существенное защитное действие цитиколина по данным неврологического тестирования отмечалось при его однократном профилактическом введении до ишемии у крыс второй основной экспериментальной подгруппы. Средний неврологический балл с использованием шкал Бедерсона и McGraw у животных данной группы за 5 суток наблюдения составлял соответственно $0,8 \pm 0,2$ и $2,1 \pm 0,8$ ($P < 0,01$ в сравнении с контрольной и первой основной группами).

Заключение. Цитиколин при профилактическом введении обладает выраженной нейропротекторной активностью при ишемии головного мозга, что проявляется значительно меньшим неврологическим дефицитом и летальностью экспериментальных животных в сравнении с контрольной группой.

Композиционный состав тела у долгожителей с ишемической болезнью сердца

Тополянская С.В., Осиповская И.А., Вакулenco О.Н., Елисеева Т.А., Балясникова Н.А., Калинин Г.А., Дворецкий Л.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ) №3, Москва

Цель исследования – изучение композиционного состава тела у больных ИБС старше 90 лет (долгожителей) и анализ возможных взаимосвязей между содержанием жировой, тощей ткани и минеральной плотностью

костной ткани и функциональными возможностями лиц старческого возраста.

Материал и методы. Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое к сентябрю 2018 года было включено 202 пациента старше 90 лет, госпитализированных с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» (ИБС); большинство из них (69,8%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 90 до 106 лет, составляя в среднем 92,4 (+2,3) лет. Композиционный состав тела анализировали с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в режиме Body composition.

Результаты. Избыточная масса тела или ожирение диагностированы у 70,3% больных. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) достигали 27,6 кг/м² (от 18,2 до 38,8 кг/м²). Женщины имели достоверно большее содержание жировой ткани (как в граммах, так и в %), чем мужчины; наибольшие различия зафиксированы в отношении жировой ткани верхних конечностей (35,5% и 23,3%, соответственно; $p < 0,000001$). Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) составила в среднем 1008±140 мг/см³, а Т-критерий – -1,7 SD. Остеопороз выявлен у 40% больных, а нормальные значения МПКТ – у 30,7% пациентов. Наименьшие значения МПКТ зарегистрированы в ребрах (626,4±85,1 мг/см³), наибольшие – в позвоннике (1007,9±192,3 мг/см³) и нижних конечностях (1014,3±203,6 мг/см³). У женщин МПКТ во всех отделах скелета была ожидаемо ниже, чем у мужчин; наибольшие различия отмечены в нижних и верхних конечностях ($p < 0,000001$). Общее содержание тощей ткани у женщин составляло в среднем 38,4 кг, а у мужчин – 48,8 кг ($p < 0,000001$). При корреляционном анализе обнаружена выраженная положительная корреляция между ИМТ и содержанием жировой ткани ($r = 0,8$; $p < 0,000001$), между ИМТ и минеральной плотностью костной ткани во всех участках скелета (наибольшая значимость – для костей туловища ($r = 0,5$; $p < 0,000001$) и ребер ($r = 0,5$; $p < 0,000001$)). Кроме того, выявлена существенная корреляция между содержанием жировой ткани во всех участках тела (как в граммах, так и в %) и МПКТ (как в целом, так и в каждом отдельном участке скелета); наибольшая достоверность получена для корреляции между МПКТ костей туловища, ребер и таза и содержанием жировой ткани в туловище ($r = 0,6$; $p < 0,000001$). Обнаружена выраженная позитивная корреляция между содержанием тощей ткани и МПКТ (как в целом, так и во всех участках тела); наибольшая достоверность отмечена для корреляции между МПКТ верхних конечностей и общим содержанием тощей ткани ($r = 0,64$; $p < 0,000001$), а также между тощей тканью в верхних конечностях и МПКТ верхних и нижних конечностей ($r = 0,68$; $p < 0,000001$). Выявлена отрицательная корреляция между содержанием жировой и тощей ткани; наиболее существенные взаимосвязи зарегистрированы между тощей и жировой тканью в нижних конечностях ($r = -0,47$; $p < 0,000001$). Мышечная сила (по данным динамометрии) позитивно коррелировала с содержанием тощей ткани ($r = 0,55$; $p < 0,000001$) и с минеральной плотностью костной ткани (наибольшая достоверность отмечена для МПКТ верхних конечностей ($r = 0,45$; $p < 0,000001$) и нижних конечностей ($r = 0,45$; $p < 0,000001$), негативно – с содержанием жировой ткани ($r = -0,44$; $p < 0,000001$ – для жира нижних конечностей). Содержание тощей ткани (как в целом, так и в конечностях) позитивно коррелировало с дистанцией, пройденной в тесте 6-минутной ходьбы ($p = 0,007$). Обнаружена достоверная отрицательная корреляция между выраженностью старческой астении, оцененной с помощью шкалы «Возраст не помеха» и МПКТ во всех отделах скелета ($r = -0,4$; $p = 0,00002$). Проявления старческой астении были менее выражены у лиц с более высоким содержанием тощей ткани ($p = 0,01$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об особенностях композиционного состава тела у лиц, перешагнувших 90-летний рубеж. Обнаружена достаточно высокая доля больных с избыточной массой тела, но с нормальными показателями МПКТ и содержания тощей

ткани. Подтверждены значимые взаимосвязи между костной, жировой и тощей тканью. Выявлена достоверная ассоциация между содержанием жировой и тощей ткани, а также минеральной плотностью костной ткани с одной стороны и мышечной силой и функциональными способностями пациентов – с другой.

Функциональные параметры сердечно-сосудистой системы у больных с ремиттирующим течением рассеянного склероза

Трактирская О.А., Адашева Т.В., Попова Е.В., Бойко А.Н., Шахрай Н.Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных с ремиттирующим течением рассеянного склероза (РС).

Методы исследования: в исследовании принимали участие 45 пациентов (17 мужчин и 28 женщин) с ремиттирующим течением РС, в возрасте 28±4,3 лет, длительностью заболевания 5,5±4,04 лет, частота обострений в год составила 0,8±0,06. Все пациенты были обследованы неврологически с оценкой инвалидизации по шкале EDSS (extended disability status scale). Данный показатель составил 2,54±0,69 баллов. Также пациентам было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ-ЭКГ), изучены вариабельность сердечного ритма (BPC) и показатели жесткости сосудистой стенки. По локализации очагов демиелинизации пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены больные с очагами демиелинизации вне ствола головного мозга (73,3%), во вторую – с очагами в стволе головного мозга (26,7%).

Полученные результаты. Все пациенты имели нормальный уровень офисного артериального давления (АД), анамнестических указаний на артериальную гипертензию не было. При сравнении двух групп статистически значимой разницы показателей СМАД и жесткости сосудистой стенки не выявлено. По результатам ХМ-ЭКГ средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) в первой группе составила 73[67;80,5] в мин., во второй – 68[61;70,7] в мин ($p < 0,05$), максимальная ЧСС в первой группе – 133[114;151] в мин, во второй – 128[118,5; 134] в мин, минимальная ЧСС в первой группе – 48[43;51,5] в мин., во второй группе – 45,5[40;49,7] в мин. Все вышеуказанные показатели в пределах возрастной нормы. Ишемических изменений сегмента ST-T, значимых нарушений ритма сердца, пауз больше 2,0 сек не выявлено. В первой группе получено 56[5,5;191,5] НЖЭС, во второй – 152[67,7;449,5] НЖЭС ($p < 0,05$). При оценке показателей BPC в первой группе отмечается снижение следующих показателей по сравнению со второй группой: среднего значения всех RR интервалов (Mean NN) – в 1 группе 820[753,5;902,5] мс, во 2 группе – 884,5[849,2;982,2] мс ($p < 0,026$), стандартного отклонения всех нормальных синусовых интервалов R-R (SDNN) – в 1 группе 134[104,5;167,5] мс, во 2 группе 165,5[143,5;177] мс ($p < 0,05$), среднее значение стандартных отклонений NN интервалов, вычисленных по 5-минутным промежуткам за все время записи (SDNNi) – в 1 группе 49[41;65,5] мс, во 2 группе – 74,5[61,7;90,7]($p < 0,05$), стандартного отклонения усредненных нормальных синусовых интервалов R-R всех 5-минутных периодов за все время наблюдения (SDANN) – в 1 группе 121[94,5;149,5] мс, во 2 группе – 145[128,7; 166]($p < 0,05$), процента соседних интервалов R-R, различающихся более, чем на 50 мс (pNN50) – в 1 группе 0[0;0,17] %, во 2 группе – 0,1[0;0,2] % ($p < 0,05$).

Выводы. По результатам проведенного обследования в обеих группах больных с ремиттирующим течением РС нарушения ритма сердца

выявлено не было, среднесуточные показатели АД и показатели жесткости сосудистой стенки в пределах нормальных значений. Отмечается снижение показателей ВРС в первой группе; во второй группе показано снижение среднесуточной ЧСС, повышение количества НЖЭС, что отражает дисбаланс в системе симпатической/парасимпатической регуляции.

Особенности пищевого поведения и табачной зависимости при депрессивном расстройстве у лиц с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

Цель исследования: изучить особенности табачной зависимости и пищевого поведения при депрессии у больных с сердечно-сосудистой патологией.

Материал исследования. Обследовано 36 больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией: ишемической болезнью сердца (ИБС), представленной стенокардией напряжения, 1-2 функционального класса (ФК) и артериальной гипертензией (АГ), 2-3 степени. Все больные являлись курильщиками. В зависимости от наличия депрессии группа была разделена на две подгруппы. Первую составили лица без депрессии (24 человека, средний возраст 61,5 лет), вторую - с депрессией (12 человек, средний возраст 64,75 лет).

Методы исследования. Использовался опросник «Типы нарушения пищевого поведения (DEBQ), госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала никотиновой зависимости К. Фагерстрема.

Результаты исследования. В группе больных депрессией отмечается более низкие цифры как систолического артериального давления (АД) на 23,1% ($p < 0,05$), диастолического на 19,5% ($p < 0,05$), так и пульсового АД на 36,2% ($p < 0,05$) при более высоких значениях частоты сердечных сокращений (на 8,2%) и меньших значениях скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) на 16,9% ($p < 0,05$). У лиц как первой, так и второй групп в 50% отмечается низкий уровень никотиновой зависимости и в 50% – средний. В группе без депрессии 25% лиц выкуривали сигарету в течение первых 5 мин после пробуждения, 37,5% – через 6-30 мин, 12,5% – через 31-60 мин и 25% более чем через 60 мин. В группе с депрессией первую сигарету 25% лиц выкуривали через 6-30 мин, а 75% – более, чем через 60 мин после пробуждения. У лиц второй группы в 50% отмечалось затруднение в воздержании от курения в местах, где оно запрещено, в первой группе такое затруднение испытывали 25%. Трудно было воздержаться от утренней сигареты, чем от последующей 50% лиц второй группы и 75% первой. Лица с депрессией в 100% случаев больше курили на протяжении дня, лица без депрессии – в 87,5% курят больше днем. Лица с депрессией в 50% случаев курят во время болезни, когда должны придерживаться постельного режима, в группе лиц без депрессии курят во время болезни 25% лиц. У лиц с депрессией в 50% случаев отмечалось наличие высокой степени тревоги. В первой группе у 25% лиц наблюдалось сочетание со средней степенью тревоги. В целом средний балл по тревоге в группе лиц с депрессией был на 25,4% выше ($p < 0,05$). В группе лиц с депрессией не отмечалось эмоциогенного и экстернального типов поведения, в то время как при отсутствии депрессии такой тип отмечался в 25% и 12,5% случаев соответственно. Вместе с тем, во второй группе у 66,6% лиц отмечался ограничительный тип поведения, а в группе лиц без депрессии такой тип отмечался в 12,5% случаев.

Выводы. У больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией и

табачной зависимостью, страдающих депрессивным расстройством отмечается более частое сочетание с тревогой, более выраженные формы табачной зависимости на фоне превалирования ограничительного типа пищевого поведения. Выявленные особенности необходимо учитывать при курации данной категории лиц.

К вопросу о состоянии восходящего отдела аорты у мужчин пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от выраженности вторичной легочной гипертензии

Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

С целью уточнения состояния гемодинамики у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от выраженности легочной гипертензии (ЛГ) изучено структурно-функциональное состояние восходящей аорты (ВАО) при бронхообструктивной патологии у мужчин пожилого возраста.

Материал исследования. Обследованные лица были разделены на две группы. Первую группу составили 15 больных с умеренной легочной гипертензией (средний возраст $63,4 \pm 3,2$ года). Вторую – 15 мужчин со значительной легочной гипертензией (средний возраст составил $68,4 \pm 3,6$ года). Критериями исключения из исследования были: инфаркт миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий, клапанная патология сердца, сердечная недостаточность 3-4 функциональных классов, ожирение 2-3 степени.

Методы исследования. С помощью эхокардиографии определяли конечный систолический диаметр (D_s , см), конечный диастолический диаметр (D_d , см), систолическую экскурсию ($D_s - D_d$, см) восходящей аорты. Рассчитывали показатели эластичности (C-compliance, см/дин-10-6; D - distensibility, $см^2/дин-10-6$) и коэффициенты жесткости восходящей аорты ($SI - stiffness\ index$; $E_p - pressure-strain\ elastic\ modulus$, дин-10-6/ $см^2$). Из супрастернального доступа визуализировали восходящий отдел аорты и определяли пиковую скорость антеградного потока в систолу (V_{ps} , см/с) и ретроградного потока в диастолу (V_{pd} , см/с), интеграл скорости (VTIs, см, VTId, см), время ускорения кровотока в систолу и диастолу (ATs, м/с, ATd, м/с) и ускорение кровотока в систолу и диастолу (Acs, $см/с^2$, Acd, $см/с^2$). Рассчитывалась коронарная фракция ударного объема (КФУО, мл). Результаты исследования. Изучение морфометрических показателей ВАО не выявило достоверных отличий между группами по конечно-систолическому (D_s) и конечно-диастолическому размерам (D_d) аорты, однако систолическая экскурсия ($D_s - D_d$) в группе лиц со значительной ЛГ была на 31,9% ($p < 0,05$) больше. Показатели, характеризующие эластичность аорты (C, D) во второй группе были выше, чем в первой соответственно на 33,4% ($p < 0,05$) и на 26,1% ($p < 0,05$). При этом показатели, характеризующие жесткость стенки аорты (SI и E_p) во второй группе были ниже в 2,88 раза ($p < 0,05$) и на 30% ($p < 0,05$) соответственно. Изучение показателей антеградного кровотока в восходящей аорте в группе лиц со значительной ЛГ не выявило достоверных отличий по пиковой скорости антеградного потока в систолу (V_{ps}) от первой группы, однако интегральная скорость антеградного потока во второй группе была выше на 19,3% ($p < 0,05$) на фоне уменьшения периода ускорения потока на 26,1% ($p < 0,05$) и увеличения ускорения потока на 15,2% ($p < 0,05$). Изучение показателей ретроградного кровотока в восходящей аорте в группе лиц со значительной ЛГ выявило увеличение как пиковой скорости ретроградного потока в систолу (V_{ps}), в сравнении с первой группой,

так и интегральной скорости ретроградного потока на 25,8% ($p < 0,05$) на фоне отсутствия отличий по продолжительности периода ускорения и уменьшения ускорения на 35% ($p < 0,05$). Изменения ретроградного потока привели к увеличению коронарной фракции ударного потока во второй группе, в отличие от первой, на 26,8% ($p < 0,05$).

Выводы. При значительной легочной гипертензии, в отличие от умеренной, у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией, отмечается большая степень эластичности и меньшая степень жесткости восходящего отдела аорты, способствующие большей степени депонирования в ней крови и обеспечивающие большую величину коронарной фракции ударного объема.

Качество жизни у больных язвенным колитом

Третьякова Ю.И.

*Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь*

Цель. Оценить качество жизни (КЖ) у больных язвенным колитом (ЯК) в зависимости от тяжести атаки заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных ЯК в фазе активного воспаления и с впервые выявленными формами заболевания. Средний возраст составил $34,35 \pm 11,47$ лет, мужчин было 54, женщин – 46 (54% и 46% соответственно). Диагноз ЯК и степень тяжести атаки (СТА) были установлены на основании данных клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования, включающих ирригоскопию, ректороманоскопию, колонофиброскопию с биопсией и патологогистологической оценкой с использованием клинических рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с ЯК. Контрольную группу составили 50 здоровых волонтеров, сопоставимых по полу и возрасту. Для оценки КЖ использовали специальный опросник для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) – Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ, Irvine E., 1993). Оценивали кишечные, системные, эмоциональные и социальные проявления. Максимальные значения по данным показателям составляли 70, 35, 84 и 35 баллов. Наивысшим суммарным значением считалось 224 балла для всех симптомов.

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено, что у пациентов с ЯК в период атаки заболевания резко снижено КЖ по кишечным и эмоциональным показателям, которые составили $36,87 \pm 8,17$ и $38,24 \pm 11,59$ баллов по сравнению с показателями КЖ в контрольной группе ($70 \pm 8,90$ и $84 \pm 10,40$ баллов соответственно ($p = 0,0000$). Значимых отличий по системным и социальным факторам не отмечалось. Также был снижен в 1,5 раза и общий результат, который составил у больных ЯК $149,59 \pm 9,9$ баллов, тогда как в контрольной группе – $224,72 \pm 17,40$ балла ($p = 0,0000$). При сравнительном анализе средних значений всех факторов в зависимости от тяжести атаки ЯК наиболее низкие показатели КЖ были получены при тяжелых формах заболевания. При легкой и среднетяжелой атаке ЯК количество баллов по опроснику КЖ было значимо выше. По мере увеличения тяжести атаки ЯК уменьшалась и общая сумма баллов (ОСБ), которая при тяжелой форме составила $101,60 \pm 24,21$, тогда как при обострении средней и легкой степени тяжести ОСБ в среднем достигала $142,63 \pm 10,80$ и $168,86 \pm 17,04$ соответственно; $p = 0,0000$. Показатель ОСБ при атаке ЯК тяжелой степени был в 2,2 раза ниже, чем в группе контроля ($p = 0,0000$). Надо отметить, что при тяжелой атаке заболевания были снижены все факторы ($29,09 \pm 7,40$; $23,20 \pm 7,78$; $26,93 \pm 11,34$; $22,93 \pm 8,70$) по сравнению с контрольной группой. Причем резкое снижение наблюдалось в кишечной и эмоциональной сфере.

Так, баллы по кишечному фактору были в 2,4 раза, а по эмоциональному фактору – в 3,2 раза ниже у больных ЯК с тяжелой атакой заболевания по сравнению с контрольной группой. В ходе исследования была выявлена статистически значимая обратная взаимосвязь между показателями КЖ и СТА ЯК, протяженностью эрозивно-язвенного процесса в толстой кишке и уровнями маркеров системного воспаления (СРБ и СОЭ). То есть, чем больше распространенность поражения, тяжелее течение ЯК и сильнее системное воспаление, тем ниже показатели КЖ.

Выводы. Больные ЯК в период атаки заболевания демонстрируют резкое ухудшение КЖ по кишечным и эмоциональным показателям. КЖ снижается по мере усиления тяжести атаки. Выявлена статистически значимая обратная корреляционная связь показателей КЖ с тяжестью атаки, клинической и эндоскопической картиной, острофазовыми показателями крови и протяженностью воспалительной инфильтрации в кишечнике. Использование опросника КЖ у пациентов с ЯК в динамике позволит наиболее полно оценить эффективность терапии и прогноз заболевания, а также корригировать лечение, что будет способствовать ускорению процесса наступления ремиссии.

Распространенность и распределение факторов риска у лиц с низким кардиоваскулярным риском по шкале SCORE

*Тургунова Л.Г., Ларюшина Е.М., Ибраева Л.К., Бачева И.В.,
Бутюгина М.Н., Байдильдина Б.Н., Щербатаев Ш.К., Бугибаева А.Б.*

*Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда*

Цель. Оценить распространенность и распределение модифицируемых факторов риска среди лиц, имеющих низкий риск кардиоваскулярных событий по шкале SCORE.

Материал и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование, включившее 2719 лиц в возрасте от 18 до 65 лет. Скрининг включал анкетирование, измерение окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления (АД), определение уровня глюкозы и холестерина крови. Определяли частоту следующих модифицируемых факторов: наличие или отсутствие активного и пассивного курения, ежедневной физической активности (ФА) в течение 30 минут, приема овощей (шкала FINDRISK), потребления алкоголя (AUDIT), потребности в досаливании пищи; определяли уровень депрессии по опроснику PHQ-9 (≥ 10 баллов расценивали как умеренную/тяжелую депрессию). Оценивали частоту избыточной массы и ожирения при ИМТ ≥ 25 кг/м², абдоминального ожирения (для женщин ОТ более 80 см, для мужчин – более 94 см), наличие гиперхолестеринемии (общий холестерин $> 5,1$ ммоль/л). У всех респондентов было получено информированное согласие об участии в исследовании. Уровень кардиоваскулярного риска рассчитывали по шкале SCORE. Процент лиц с низким кардиоваскулярным риском (КВР) составил 1905 человек (63,1%), из них (1466 – женщин, 439 – мужчин). Средний возраст лиц с низким КВР составил $33,5 \pm 7,53$ лет. Окончательная выборка составила 1715 человек. Анализ данных проводили с помощью пакета статистических программ SPSS 20.

Результаты исследования показали, что среди респондентов с низким КВР преобладали лица молодого и среднего возраста (18-44 лет) – 68,7%. Низкий и средний доход имели 79,6%, 71,1% были со средним специальным и средним уровнем образования, 23,3% – были разведены или вдовцы (вдовы). Анализ распространенности факторов риска кардиоваскулярных событий показал, что 22,3% имеют артериальную гипертензию, 14,7% – избыточную массу тела и 7,9% – ожирение. Абдоминальное ожирение отмечалось значительно чаще

– у 57,5% по сравнению с избыточной массой тела и ожирением. При оценке характера питания установлено, что более половины (61,9%) респондентов досаливают пищу на вкус, 52,9% – не употребляют рекомендуемую норму овощей и фруктов, 40,2% анкетированных принимают алкоголь несколько раз в год, процент лиц, принимающих алкоголь в опасных дозах, составил 2,8%. Активное курение отмечали 15,8%, более часто мужчины по сравнению с женщинами (11,3% по сравнению с 38,2% соответственно). Обращает внимание большая частота пассивного курения – 46,4%, не имеющая существенных различий в зависимости от пола. Недостаточную физическую активность отметили 16,9% респондентов. Уровень общего холестерина составил $4,39 \pm 0,80$ ммоль/л, превышая показатели нормы у 20,2% обследованных. Уровень депрессии ≥ 10 баллов установлен у 20,6%, с тенденцией к большей частоте среди женщин по сравнению с мужчинами (21,3% и 16,5% соответственно; $\chi^2=1,74$, $p=0,08$). Анализ распределения факторов КВР показал, что 77,3% имеют один или более одного фактора: 1,87% из них имели АГ, активное курение и гиперхолестеринемию, 2,28% – АГ и активное курение, 14,6% – гиперхолестеринемию и курение, 15,5% – АГ, 18,3% – гиперхолестеринемию, 14,8% – курение. Среди лиц, не имеющих АГ, активного курения и гиперхолестеринемии, у 17,7% отмечено наличие абдоминального ожирения. Во всех группах отмечается различное распределение таких факторов, как низкая ФА, потребление овощей, депрессия, абдоминальное ожирение, пассивное курение, потребление алкоголя и потребность в добавлении соли в пищу.

Выводы. Результаты исследования показали значительную частоту распространенности модифицируемых факторов риска среди лиц с низким кардиоваскулярным риском по шкале SCORE. Полученные данные свидетельствуют об актуальности более широкого внедрения стратегии population-wide, направленную на раннюю первичную профилактику сердечно-сосудистых событий.

Динамика клинико-гематологических параметров при переводе пациентов с блокаторов РААС на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина

Турна Э.Ю., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Жукова Н.В.

*Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь*

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в ведении пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой фракцией выброса у этой категории пациентов остается высокий риск неблагоприятного исхода. Применение нового фармакологического класса препаратов АРНИ, комбинация антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина может способствовать улучшению прогноза. Цель. Изучение динамики клинико-гемодинамических параметров при переводе пациентов с блокаторов РААС на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина (сакубитрил/валсартан).

Задачи.

1. Оценить клинико-гемодинамические параметры у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса.
2. Проанализировать динамику клинико-гемодинамических параметров у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса при переводе с блокаторов РААС на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина.
3. Проанализировать стратегию лечения пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. С целью изучения эффектов препарата сакубитрил/валсартан нами было обследовано 6 пациентов (средний возраст $63,5 \pm 3,3$ лет, мужчин – 3, женщин – 3) с тяжелой СН (средняя ФВ $28 \pm 3,34\%$). 2 пациента в анамнезе перенесли острый инфаркт миокарда с зубцом Q, у 1 пациента – дилатационная кардиомиопатия, у 3 пациентов генез СН обусловлен ишемической кардиомиопатией, у 1 пациента в анамнезе сахарный диабет 2 типа. Всем пациентам перед назначением препарата сакубитрил/валсартан отменялись иАПФ в течение 36 часов. Средний уровень систолического артериального давления (САД) до назначения терапии составил $110 \pm 5,77$ мм рт. ст. Всем пациентам перед началом исследования проводились биохимические анализы крови, электрокардиография и эхокардиография. Средний уровень креатинина перед началом исследования составил $135,3 \pm 10,91$ мкмоль/л, средняя скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-ЕПІ – $44,03 \pm 6,55$ мл/мин. По данным эхокардиографии, средний конечно-диастолический размер (КДР) составил $65 \pm 1,83$ мм, средний диаметр левого предсердия (ЛП) $48,67 \pm 1,05$. Пациентам назначался препарат сакубитрил/валсартан в начальной дозе 50 мг 2 раза в сутки, с последующим увеличением дозы до 200 мг дважды в сутки каждые 2 недели. Кроме того, все пациенты получали диуретики (торасемид 5-10 мг в сутки ежедневно), эплеренон 25 мг в сутки, бета-адреноблокаторы (бисопролол 2,5-5 мг или карведилол 6,25-12,5 мг). Длительность наблюдения составила 8 недель. Каждые 2 недели оценивались гемодинамические параметры кровообращения, каждые 4 недели контролировался уровень креатинина крови с расчетом СКФ. Каждые 4 недели проводилась эхокардиография.

Результаты исследования. Целевая доза 200 мг дважды в сутки была достигнута у 1 пациента. Через 8 недель от начала терапии снижение САД было достоверным (средний уровень САД составил $101,7 \pm 3,07$ мм рт. ст., $p=0,1$). Уровень креатинина на фоне терапии препаратом «Юперо» через 8 недель составил $168,3 \pm 13,27$ мкмоль/л, что было достоверно выше, чем до начала терапии ($p=0,004$). Также отмечалось достоверное снижение СКФ ($33,61 \pm 5,01$ мл/мин, $p=0,006$). На фоне терапии достоверно отмечалось улучшение внутрисердечной гемодинамики: КДР составил $62 \pm 1,21$ мм, $p=0,009$, диаметр ЛП – $47,33 \pm 1,2$, $p=0,001$. В среднем прирост ФВ через 8 недель составил 4% (средняя ФВ за период наблюдения составила $33 \pm 2,99\%$, $p=0,008$). За время наблюдения, пациенты не госпитализировались по поводу СН.

Выводы. Применение сакубитрил/валсартана при лечении пациентов с СН с низкой ФВ левого желудочка сопровождается улучшением клинической симптоматики, достоверным увеличением фракции выброса ЛЖ, улучшением параметров внутрисердечной гемодинамики. При переводе пациентов на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина необходимо тщательно контролировать динамику уровня креатинина и СКФ.

Применение гиалуроната натрия в комбинации с хондроитина сульфатом для внутрисуставного введения в терапии первичного и посттравматического остеоартроза коленных суставов

Удовика М.И.

*Медико-санитарная часть МВД России по Ульяновской области,
Ульяновск*

Научные данные последних лет подтверждают эффективность внутрисуставных инъекций препаратов гиалуроновой кислоты в терапии первичного и посттравматического остеоартроза (ОА) коленных суставов

(КС). Проведен сравнительный анализ эффективности и переносимости внутрисуставных инъекций гиалуроновой кислоты (ГК) в комбинации с хондроитина сульфатом (ХС) и пероральных симптоматических препаратов медленного действия у пациентов с первичным и посттравматическим ОА КС.

Цель исследования. Оценить эффективность, переносимость и безопасность внутрисуставных инъекций комбинированного препарата ГК и ХС у пациентов с первичным и посттравматическим ОА КС.

Материал и методы исследования. В проспективное клиническое исследование было включено 72 пациента (53 (74 %) женщин и 19 (26 %) мужчин, средний возраст $56,18 \pm 8,41$ лет) с первичным и/или посттравматическим ОА КС, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении, получивших однократную внутрисуставную инъекцию комбинированного препарата ГК и ХС (гиалуронат натрия 60 мг/3 мл + раствор ХС 90 мг/3 мл в преднаполненном шприце по 3 мл) в полость КС. В группу сравнения включено 70 пациентов (49 (70 %) женщин и (21 (30 %) мужчин, средний возраст $55,23 \pm 8,44$ лет) с ОА КС, получавших только пероральную форму ХС 1000 мг в сутки в течение 6 месяцев. В исследование включены пациенты с первичным и/или посттравматическим ОА КС I – III рентгенологической стадии по Kellgren и Lowgrease, с суммарным счетом баллов WOMAC не менее 1000 мм и отсутствием противопоказаний к внутрисуставному введению ГК+ХС. На 1 визите было подписано информированное согласие; пациенты заполняли опросник оценки функциональной способности WOMAC, оценивалась боль в покое и при движениях по ВАШ; пациентам основной группы в асептических условиях однократно внутрисуставно вводился комбинированный препарат ГК и ХС. На 2 визите (через 3 месяца) оценивалась боль по ВАШ, счет баллов WOMAC, нежелательные явления (НЯ) терапии, оценка эффективности терапии по мнению врача и пациента. На 3 визите (через 6 месяцев) оценивалась боль по ВАШ, счет баллов WOMAC, НЯ терапии, оценка эффективности терапии по мнению врача и пациента, заполнялся опросник о текущей лекарственной терапии. Статистический анализ данных проводился с использованием программы STATISTICA 6.0. Применялись методы описательной статистики, для сравнения групп использовался критерий Стьюдента. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. После однократной внутрисуставной инъекции ГК+ХС в полость коленного сустава пациентам 1 группы ко 2 визиту было достигнуто статистически значимое снижение интенсивности боли при движениях по ВАШ: с $73,61 \pm 9,24$ до $46,67 \pm 7,79$ мм ($p = 0,0014$). В группе сравнения на 2 визите динамика боли по ВАШ была чуть менее выраженной: с $69,14 \pm 9,44$ до $48,80 \pm 6,22$ мм ($p = 0,01$). К концу исследования (3 визит) разница в динамике боли по ВАШ при движениях существенно увеличилась у пациентов 1 группы с $73,61 \pm 9,24$ до $35,14 \pm 5,56$ мм ($p = 0,00001$), в то время как у пациентов группы сравнения боль по ВАШ сохранялась на прежнем уровне - с $69,14 \pm 9,44$ мм на 1 визите до $48,29 \pm 5,64$ мм на 3 визите ($p = 0,001$). Более выраженное статистически значимое снижение суммарного балла WOMAC к концу исследования было отмечено у пациентов основной группы: с $1101,66 \pm 95,65$ до $525,83 \pm 103,51$ мм ($p = 0,001$). В группе сравнения динамика индекса WOMAC к 6 месяцу наблюдения составила с $1077,14 \pm 96,88$ до $738,43 \pm 90,77$ мм ($p = 0,01$). Через 6 месяцев после однократного внутрисуставного введения ГК+ХС значительное улучшение было отмечено у 87% больных в 1 группе. Через 3 месяца наблюдения суточная потребность в НПВП сократилась более чем у 75% больных, 48% больных смогли полностью отказаться от приема НПВП. НЯ, связанных с внутрисуставным введением ГК+ХС в коленные суставы, не наблюдалось, за исключением кратковременного ощущения распирания в момент введения препарата. На втором визите ответы «значительное улучшение» и «улучшение» в 1 группе дали 52 пациента (72%), а во второй группе улучшение было отмечено у 35 пациентов (50 %).

Выводы. Гиалуронат натрия в комбинации с хондроитина сульфатом для внутрисуставного введения является эффективным и безопасным препаратом для лечения ОА коленных суставов. Препарат обладает прекрасной переносимостью. Однократное внутрисуставное введение препарата достоверно уменьшает боль, утреннюю скованность и улучшает функциональную активность суставов на протяжении 6 месяцев.

Морфологические особенности и динамика изменений матриксной металлопротеиназы-9 в стенке внутренних сонных артерий под влиянием магния оротата

Улубиева Е.А., Боровая Т.Г., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Медоева А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного акад. Н.Ф. Гамалеи, Владикавказ, Москва

Цель. Выявление морфологических особенностей и механизмов формирования патологической извитости внутренних сонных артерий с оценкой влияния лечения магния оротатом.

Материал и методы. Образцы сосудов, полученные в ходе последовательной билатеральной резекции участков внутренних сонных артерий (ВСА) у 9 пациенток с гемодинамически значимой двусторонней патологической извитостью, были подвергнуты исследованию с помощью световой микроскопии и иммуногистохимического анализа (ИГХ). Во время операций, которые проводились в два этапа: на первом этапе удаляли извитой участок ВСА с одной стороны, на втором (через 12 недель) – с противоположной, были получены 18 фрагментов сосудов длиной 1,5-2 см. Между первым и вторым этапами в течение 12 недель пациенты получали магния оротат в суточной дозе 2,0 г (по 2 таблетки 2 раза в день). Для суждения о состоянии волокнистого каркаса стенок артерий серийные ступенчатые срезы артерий окрашивали по методу Masson, Van Gieson и Orcein. При постановке ИГХ реакции использовали мышиные моноклональные антитела к ММП-9 компании Leica Biosystems Newcastle Ltd, United Kingdom. Анализ и фотосъемку материала выполняли на светооптическом микроскопе Carl Zeiss Lab.A1 (Carl Zeiss, Германия), совмещенном с видеокамерой AxioCam ERc5s (Carl Zeiss Microscopy GmbH, Германия) и программным обеспечением ZEN Lite.

Результаты. При обзорной микроскопии серийных гистологических срезов во всех образцах сосудов, взятых до лечения магния оротатом, выявлены морфологические изменения стенки ВСА разной степени выраженности. До лечения эндотелий интимы на светооптическом уровне выглядел фрагментированным, наблюдались разобщение межэндотелиальных контактов, структурная дезорганизация субэндотелиального слоя интимы. Фибробласты субэндотелия иммуногистохимически окрашивались на присутствие ММП-9. В средней оболочке артерий выявлена слабо выраженная гистохимическая реакция гладких миоцитов на эластин, фрагментация внутренней эластической мембраны и визуальное снижение численности эластических волокон; пучки гладких миоцитов были разобщены широкими промежутками, не окрашивающимися гистохимическими красителями и, по всей видимости, не содержащими матрикса. При иммуногистохимическом окрашивании была зарегистрирована наиболее выраженная положительная реакция на ММП-9 в гладких миоцитах средней оболочки. Наружная оболочка во всех исследованных образцах выглядела в разной степени «разрыхленной»,

пучки волокон были очень короткими, идущими в разных направлениях и разобщенными широкими промежутками. Картину дезорганизации волокон дополняла позитивная реакция клеток фибробластического дифферона этой оболочки на ММП-9. После лечения магния оротатом эндотелий интимы выглядел значительно более сохранным, его клетки имели характерную уплощенную форму и сохраняли контакты друг с другом, волокна в субэндотелиальном слое интимы были более многочисленными и располагались более компактно. После лечения структура средней оболочки ВСА выглядела компактней с тесным расположением пучков гладких миоцитов во всех образцах. Структура наружной оболочки ВСА после лечения магния оротатом во всех образцах выглядела более оптимистичной: коллагеновые волокна, формировавшие оболочку, располагались компактно, особенно в области контакта со средней оболочкой, и лишь на периферии, где наружная оболочка ВСА практически сливается с тканями рядом расположенных органов, сохранялись признаки разобращения волокон. При ИГХ исследовании оболочек ВСА после курса лечения магния оротатом интенсивности окрашивания гладких миоцитов на ММП-9 была резко снижена по сравнению с образцами, полученными до лечения, что свидетельствует об уменьшении активности продукции данного фермента гладкими миоцитами.

Выводы. Лечение магния оротатом достоверно оптимизирует гистологическую структуру оболочек и стенки ВСА в целом во всех исследованных образцах. Одним из возможных механизмов восстановления архитектоники оболочек является снижение под влиянием магния оротата активности экспрессии матричных металлопротеиназ (ММП-9), участвующих в патологическом ремоделировании сосудистой стенки и нарушении межклеточных взаимодействий.

Гендерные особенности обеспеченности витамином D пациентов пожилого возраста с избыточным весом, проживающих в Рязани и Рязанской области

Филатова Т.Е., Давыдов В.В., Филиппов Е.В., Колдынская Э.И., Асфандиярова Н.С.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Цель работы – оценить состояние витамин – D обмена у пациентов мужчин и женщин в возрасте 60-75 лет с избыточным весом, проживающих в Рязани и Рязанской области.

В исследование были включены 63 пациента в возрасте от 60 до 75 лет. В группу А вошли 33 женщины с ожирением I – III ст, в группу В – 19 мужчин аналогичного возраста и веса, проживающих в Рязани и Рязанской области. Контрольную группу (КГ) составили 11 эндокринологически здоровых пациентов аналогичного возраста. Помимо общеклинического обследования, измерения артериального давления, расчета индекса массы тела, анализа оценки функции щитовидной железы, уровня половых гормонов, у всех пациентов оценивался уровень витамина D. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Уилкоксона. Статистическая значимость данных устанавливалась при $p < 0,05$. Были получены следующие результаты. У всех пациенток группы А выявлено сниженное содержание витамина D в крови с медианой 21 (15; 25) нг/мл. Из них у 14 человек (42,4%) установлен дефицит витамина D с медианой 17 (15; 19) нг/мл, а у 19 (57,6%) – недостаточное содержание витамина D с медианой 24 (22; 25) нг/мл. У пациентов группы В выявлена недостаточность витамина D в крови с медианой последнего 22 (16; 27) нг/мл. Из них у 14 человек

(73,4%) установлен дефицит витамина D с медианой 17 (16; 19) нг/мл, а у 5 (26,6%) – недостаточность витамина D с медианой 24 (22; 27) нг/мл. Выводы. У пожилых пациентов в возрасте 60-75 лет с избыточным весом, проживающих в Рязани и Рязанской области, выявлено недостаточное содержание витамина D в крови, более выраженное у мужчин.

О необходимости повышения уровня теоретических знаний и практических навыков при проведении спирометрии у профильных специалистов в реальной клинической практике

Филиппов В.Ю., Шарова Н.В., Захарова А.И., Кудрина О.М., Турдиалиева С.А., Шуленин К.С., Макиев Р.Г.

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

Спирометрия является основным методом исследования вентиляционной способности легких – основного звена функции внешнего дыхания, наиболее часто страдающего у пациентов с различной патологией легких. Особое значение результаты спирометрии приобретают для своевременной диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА). При этом, только треть спирограмм, выполненных врачами терапевтами и врачами функциональной диагностики военно-медицинских организаций Министерства обороны Российской Федерации (МО РФ), удовлетворяет современным требованиям и условиям стандартизации.

Целью исследования явилось изучение теоретических знаний, оценка практических навыков и выявление наиболее частых ошибок при выполнении спирографии профильными специалистами военно-медицинских организаций МО РФ.

Проведена оценка знаний и анкетирование 80 врачей (42 терапевтов и 38 врачей функциональной диагностики) из различных военно-медицинских организаций МО РФ, проходивших обучение на кафедре военно-морской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Терапия с курсом диагностики и лечения обструктивной патологии лёгких» в объёме 144 часов. В процессе обучения, помимо курса лекций по современным подходам к диагностике и лечению ХОБЛ и БА, основной акцент делался на отработку практических навыков проведения спирометрии и оценку результатов исследования в различных клинических ситуациях. Особое внимание было уделено обучению технике проведения спирометрии средним медицинским персоналом. Контроль исходного уровня знаний по вопросам спирометрии показал неудовлетворительные результаты у 28 (67%) врачей терапевтов и у 9 (23%) врачей функциональной диагностики. Несмотря на то, что у 73 (91%) врачей по месту работы имелись портативные спирометры, при оценке правильности выполнения спирометрии 38 (90%) врачей терапевтов и 22 (58%) врача функциональной диагностики нуждались в уточнении методики её проведения. Наиболее частыми ошибками являлись неправильность выполнения и отбора манёвра форсированной жизненной ёмкости лёгких, выбора бронхолитических препаратов и неправильная клиническая трактовка результатов, в том числе бронходилатационного теста. Отсутствие использования данных спирометрии при назначении начальной и базисной терапии у больных ХОБЛ или БА различной степени тяжести и мониторингования объема форсированного выдоха в первую секунду в процессе лечения заболевания, также являлись широко распространёнными ошибками. При проведении итоговой аттестации и сравнении результатов заключительного тестирования в конце обучения с исходными данными, было отмечено повышение

уровня теоретических знаний врачей терапевтов на 19% и всех врачей функциональной диагностики, включённых в исследование.

Особенности ремоделирования магистральных бассейнов брахиоцефальных и периферических артерий нижних конечностей у больных мультифокальным атеросклерозом

Хасанов А.Х., Давлетшин Р.А.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Больница скорой медицинской помощи, Уфа*

Целью и задачами исследования явилось одноцентровое изучение особенностей ремоделирования магистральных бассейнов брахиоцефальных и периферических артерий нижних конечностей у больных мультифокальным атеросклерозом (МФА) средней возрастной категории (45-60 лет) в условиях Регионального сосудистого центра №1 г. Уфы.

Материалы и методы. В зависимости от преимущественного поражения сосудистого бассейна больные методом иерархического анализа категориальных переменных были разделены на 3 кластера согласно клинической манифестации атеросклеротического поражения сердца (1-й кластер – 96 человек), головного мозга (2-й кластер – 96 человек) и артерий нижних конечностей (3-й кластер – 96 человек), подтвержденных коронароангиографией, ультразвуковой доплероскопией магистральных артерий головы и нижних конечностей.

Полученные результаты. По данным УЗДС сонных артерий (СА) средняя степень стеноза общей сонной артерии (ОСА) преобладала у больных 1 и 3 кластеров – (23,28±17,52% и 35,34±12,31% справа) и (18,89±14,33%; 24,65±15,57% слева), что свидетельствовало о тенденции к большей выраженности поражения ОСА у них в сравнении со 2-ым кластером ($p_3-2=0,0000$), которое более значимо отмечалось справа. Стенозирующее поражение СА среди больных 2-го кластера выявляли реже, и значимость стенозов была ниже. Однако у 25% исследуемых выявили увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий 1,3 мм и более, что расценивали как признак атеросклеротического поражения ОСА. Значения ТКИМ коррелировали с показателями средней степени стеноза ОСА ($r=0,87$ справа, $r=0,81$ слева, $p=0,0000$). Вместе с тем менее значимое стенозирование артериального русла было в правой ОСА у больных 2-го кластера и составило в среднем 15,29±10,41%. А максимальная степень стеноза 35,34±12,31% наблюдалась у больных 3-го кластера. Гемодинамически значимый стеноз правой ОСА преобладал среди больных 3-го кластера, в которой 58,3% ($p_3-2=0,0000$; $p_3-1=0,0022$) из них имели степень стеноза >30%. А в бассейне левой ОСА стенозирование >30% выявлено преимущественно у больных 1-го кластера (43,7%), что значимо выше было по сравнению со 2-ым (14,6%) и 3-им (37,5%) кластерами ($p_1-2=0,0000$ и $p_1-3=0,0036$). Наличие атеросклеротической бляшки правой ОСА выявлялось преимущественно среди пациентов 3-го кластера и составило 79,2%, при этом статистически значимое различие выявлено между 3-им и 2-ым кластерами ($p=0,0000$), а также между 3-им и 1-ым кластерами ($p=0,0001$). В левой ОСА наличие атеросклеротической бляшки также преобладало среди больных 3-го кластера – 58,3%, что статистически значимо превышало по сравнению со вторым (15,6%) и первым (32,3%) кластерами ($p_3-2=0,0000$; $p_3-1=0,0002$). Данные УЗДС общих бедренных артерий (ОБА) у больных МФА высокого риска показали, что у пациентов 1-го кластера средняя ТКИМ правой ОБА составила 1,118±0,181 мм, 2-го кластера – 1,077±0,217 мм, 3-го кластера – 1,159±0,141 мм. Увеличение ТКИМ обусловлено развитием атеросклеротического поражения ОБА, которое преобладало у больных 3-го кластера по сравнению со 2-ым

кластером ($P_4-3=0,0283$). При сравнении объемной скорости кровотока получены результаты, свидетельствующие о более низком ее уровне у больных 3-го кластера (0,522±0,146 м/с) по сравнению с 1-ым кластером (0,626±0,105 м/с), $P_2-4=0,0002$. Гемодинамически значимым изменением левой ОБА было также значительное преобладание больных 3-го кластера с увеличением ТКИМ (1,221±0,077 мм), что было сопоставимо со снижением у них объемной скорости кровотока (0,537±0,147 м/с) по сравнению с 1-ым и 2-ым кластерами – 0,642±0,079 м/с и 0,634±0,085 м/с ($P_2-4=0,0001$, $P_3-4=0,0001$).

Выводы. Для решения проблем мультидисциплинарной ангиологии и определения риска кардио-васкулярных осложнений с наличием коморбидной отягощенности у пациентов МФА целесообразно проводить раннюю диагностику, используя современные технологии ультразвуковой визуализации, с целью оценки динамики атеросклеротического ремоделирования, учитывая уровни стенозов, объемные скорости кровотока и гемодинамически значимые особенности поражения магистральных артерий головного мозга и нижних конечностей, которые являются традиционными маркерами высокого риска сердечно-сосудистых событий.

Особенности показателей качества жизни у пациентов с клинической полиморбидностью: бронхиальная астма и неалкогольная жировая болезнь печени

Хлынова О.В., Быкова Г.А., Туев А.В.

*Пермский государственный медицинский университет
им.акад. Е.А. Вагнера, Пермь*

Цель исследования: изучить качество жизни у пациентов с сочетанным течением бронхиальной астмы (БА) и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и сравнить его показатели в случае изолированных форм заболеваний.

Материалы и методы: обследовано 90 пациентов, из которых были сформированы 3 группы: 1-ая – с БА (11 мужчин (36,7%), 19 женщин (63,3%), средний возраст 52,3±10,5 лет и вес 91,1±11,8 кг); 2-ая – с НАЖБП (10 мужчин (33,3%), 20 женщин (66,7%), средний возраст 50,6±11,2 лет и вес 92,2±14,9 кг); 3-я с сочетанием двух нозологий (10 мужчин (33,3%) и 20 женщин (66,7%), средний возраст 52,6±9,5 лет и вес 92±11 кг). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и весу ($p=0,8$ и $p=0,7$, 0,6 соответственно). Диагноз БА был установлен в соответствии с критериями GINA-2017. Диагноз НАЖБП был установлен на основании критериев, предложенных в рекомендациях РОПИП и РГА. Для изучения качества жизни применяли общий опросник MOS SF-36 (автор J.E.Ware). Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере Intel Core i3 с использованием программ Statistica 6.1. Изучались показатели вариационной статистики и достоверность различий, которые считались значимыми при $p<0,017$ (с поправкой Бонферрони) для сравнения трех групп, при попарном анализе $p<0,05$.

Результаты. Шкалы опросника по качеству жизни группируются в два показателя «физический компонент здоровья» (PH) и «психический компонент здоровья» (Mh). Значения данных показателей были снижены во всех группах, но более выраженные отклонения наблюдались в группе БА+НАЖБП. При проведении корреляционного анализа в группе БА+НАЖБП физическое состояние (PF) имело прямую сильную связь с ЖЕЛ ($r=0,7$; $p=0,01$) и ОФВ1 ($p=0,007$ и $p=0,005$, соответственно); эмоциональное состояние (VT, SF, MH, Mh) обладает сильной прямой связью с ОФВ1 ($r=0,7$, $p=0,03$; $r=0,6$, $p=0,003$; $r=0,6$, $p=0,004$; $r=0,8$, $p=0,0006$ соответственно).

А также в группе была выявлена средней силы прямая связь между психическим компонентом здоровья и объемами талии и бедер ($r=0,6$, $p=0,03$ и $r=0,6$, $p=0,04$ соответственно).

Выводы. Отличительной особенностью качества жизни у лиц с сочетанным течением БА и НАЖБП является его снижение преимущественно за счет психического компонента. Так пациенты данной группы были больше склонны к тревожности и депрессии, что отрицательно влияло на их трудовую деятельность. Более того, было выявлено, что их эмоциональное состояние напрямую связано с показателями функции внешнего дыхания и величинами объема талии и бедер. Данные обстоятельства диктуют необходимость проведения мероприятий по коррекции этих изменений при их систематическом и динамическом мониторинге.

Особенности инфаркта миокарда на стационарном этапе лечения

Хоролец Е.В., Шлык С.В.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Цель – изучить особенности течения острой сердечной недостаточности у пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST).
Материалы и методы. Включены пациенты госпитализированные в первые сутки развития ОИМнST. Критерии включения: ОИМнST первые сутки от начала заболевания, артериальная гипертония, острая сердечная недостаточность Killip II-IV степени. Критерии исключения: женщины фертильного возраста, осложненное чрескожное коронарное вмешательство, терминальная стадия почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации <15 мл/мин), печеночная недостаточность, сахарный диабет. Согласно классификации Т. Killip пациенты разделены на группы: Killip II и Killip III-IV. Проведен лабораторный контроль биохимических показателей, маркеров некроза. Оценивали уровень NTproBNP иммунометрическим методом с использованием реактивов иммунодиагностических продуктов VITROS. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ Statistica 6.0 for Windows. Статистически значимые отличия считали, при $p < 0,05$.
Результаты. При оценке клинико-биохимических показателей в зависимости от степени тяжести ОН были получены статистически значимые отличия у пациентов Killip II: возраст $60,73 \pm 1,09$ лет, САД $140,16 \pm 2,17$ мм рт ст, ДАД $84,5 \pm 1,14$ мм рт ст, ЧСС $81,42 \pm 1,44$ ударов в минуту, МВ-КФК $45,19 \pm 4,95$ ЕД/л, креатинина $81,95 \pm 2,42$ ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации $83,70 \pm 2,11$ мл/мин/ $1,73$ м² по сравнению с группой больных Killip III-IV: возраст $68,66 \pm 2,35$ лет, САД $109,84 \pm 5,74$ мм рт ст, ДАД $70,61 \pm 3,71$ мм рт ст, ЧСС $84,07 \pm 5,41$ ударов в минуту, МВ-КФК $141,72 \pm 79,74$ ЕД/л, креатинина $98,36 \pm 10,04$ ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации $65,20 \pm 5,03$ мл/мин/ $1,73$ м² ($p < 0,05$). Изученные данные отражают большой объем повреждения миокарда, а также нарушение гемодинамики у пациентов ОИМнST на фоне Killip III-IV. По шкале GRACE средний бал в группе пациентов Killip III-IV составил $208,22 \pm 6,47$, что выше, чем у пациентов Killip I-II $155,04 \pm 2,05$ баллов ($p < 0,05$), отражая неблагоприятный прогноз госпитальной летальности пациентов ОИМнST. Уровень ST-2 и NTproBNP при госпитализации и при выписке из стационара. Уровень NTproBNP ($4484,06 \pm 139,71$ пг/мл) был в два раза выше у пациентов Killip III-IV, чем в группе Killip II ($2218,67 \pm$ пг/мл) ($p < 0,05$) при госпитализации. При выписки пациентов из стационара сохранялись высокие значения уровня NTproBNP в группе Killip II ($2126,57 \pm 285,45$ пг/мл) и у больных Killip III-IV ($4529,67 \pm 214,63$ пг/мл). Выявлено увеличение и сохранения высокого уровня NTproBNP у

пациентов ОИМнST, который отражает прогрессирование степени тяжести сердечной недостаточности. На первом визите уровень ST-2 в группе Killip II $63,38 \pm 7,32$ нг/мл, статистически ниже, чем в группе Killip III-IV $103,8 \pm 25,2$ нг/мл ($p < 0,05$). На визите выписки пациентов в группе Killip II уровень ST-2 ($33,77 \pm 2,39$ нг/мл) и в группе Killip III-IV ST-2 ($78,90 \pm 12,51$ нг/мл) статистически значимо снижались ($p < 0,05$), при этом достигая нормальные значения у больных острой сердечной недостаточностью Killip II.

Выводы. На фоне прогрессирования острой сердечной недостаточности у больных ОИМнST отмечается повышение уровня NTproBNP и ST-2 в первые сутки ОИМнST. Значения NTproBNP сохраняются высокими в течение госпитализации пациентов, отражая прогноз развития хронической сердечной недостаточности. У больных ОИМнST осложненный Killip III-IV в динамике лечения выявлено недостаточное снижение концентрации ST-2, подтверждающие неблагоприятный прогноз осложнений.

Характеристика пациентов острым инфарктом миокарда со сниженной фракцией выброса

Хоролец Е.В., Шлык С.В.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Цель – изучить пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST) со сниженной фракцией выброса (ФВ) по данным эхокардиоскопии.

Материалы и методы. Включено 150 пациентов ОИМнST. Критерии включения: артериальная гипертония, ОИМнST. Критерии исключения: онкологические заболевания, острая почечная, печеночная недостаточность, системные заболевания соединительной ткани. Все пациенты распределены на группы в зависимости от ФВ: менее 50% и 50% и более. Изучали пациентов на стационарном этапе лечения. Оценивали уровень NTproBNP иммунометрическим методом с использованием реактивов иммунодиагностических продуктов VITROS. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ Statistica 10.0 for Windows. Статистически значимые отличия считали, при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке параметров ЭХОКС в зависимости от ФВ получено статистически значимое снижение: ФВ $44,1 \pm 0,3\%$ (в группе ФВ $< 50\%$) и $54,3 \pm 1,3\%$ (ФВ $\geq 50\%$) соответственно ($p < 0,05$). У больных ОИМнST с сниженной ФВ размеры правого предсердия (ПП) $33,2 \pm 0,2$ мм, правого желудочка (ПЖ) $30,3 \pm 0,2$ мм были больше, чем в группе с сохранённой ФВ (ПП $31,4 \pm 0,5$ мм, ПЖ $28,5 \pm 0,5$ мм) соответственно ($p < 0,01$). В том числе средние размеры левого предсердия (ЛП) $41,7 \pm 0,4$ мм, КСР ЛЖ $41,7 \pm 0,3$ мм, КДР ЛЖ $53,9 \pm 0,3$ мм, КСО $78,4 \pm 1,4$ см³ и КДО $143,5 \pm 1,9$ см³ в группе с сниженной ФВ были статистически значимо больше, чем у пациентов с сохранённой ФВ соответственно ЛП $40,0 \pm 0,7$ мм, КСР $37,3 \pm 0,7$ мм, КДР $51,5 \pm 0,7$ мм, КСО $58,7 \pm 1,8$ см³, КДО $129,0 \pm 4,4$ см³. Значение E $48,9 \pm 1,08$ см/с в пациентов с ФВ $< 50\%$ было ниже, чем у больных ОИМнST с сохранённой ФВ $55,3 \pm 2,2$ см/с. Другие изучаемые параметры эхокардиоскопии у больных ОИМнST значимо не отличались. При госпитализации пациентов ОИМнST в стационар оценивали уровень NTproBNP в зависимости от ФВ. Показатели NTproBNP у больных со сниженной ФВ составил $3095,1 \pm 629,2$ пг/мл, что было статистически значимо выше, чем с сохранённой ФВ (NTproBNP $1306,5 \pm 408,1$ пг/мл). Получены положительные корреляции значений NTproBNP с КСО ЛЖ $r = 0,23$, КДО ЛЖ $r = 0,19$, а также отрицательная корреляция с ФВ ($r = -0,36$) ($p < 0,05$). Вычислены данные о положительной корреляции значений NTproBNP при госпитализации и выписки пациентов ОИМнST ($r = 0,66$) $p < 0,05$.

Выводы. У пациентов острым инфарктом миокарда со сниженной фракцией выброса выявлена диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка, дилатация полостей правого и левого отделов сердца. У больных ОИМнST со сниженной фракцией выброса в большей степени уровень NTproBNP увеличиваются в первые сутки и сохраняется высоким независимо от фракции выброса левого желудочка.

Оценка качества жизни пациентов с подагрическим артритом

Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Введение. Подагра представляет собой инвалидизирующее широко распространенное заболевание, распространенность которого в Европе колеблется от 0,9% до 2,5% в зависимости от страны. Распространенность и заболеваемость подагрой в последние годы неуклонно растет и зачастую приводит к инвалидизации и ухудшению качества жизни (КЖ) пациентов.

Цель. Изучить особенности КЖ у пациентов с подагрическим артритом. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 68 больных (мужчины – 87,4%, женщин – 12,6%) в возрасте 49,8±9,9 лет с достоверным диагнозом подагрический артрит. Все пациенты имели коморбидный фон: артериальная гипертензия была у 32%, гиперхолестеринемия – у 45%, сахарный диабет 2 типа у 24%. Все больные имели хроническую тофусную подагру II степень активности, из них большинство имели II степень функциональной недостаточности суставов (84,8%). Длительность суставного синдрома составила 9,2±8,1 года. У трети больных наблюдались 3 стадия хронической болезни почек со снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 60 мл/мин. На момент исследования большинство пациентов получали гипоурикемическую терапию: аллопуринол (75%) или фебуксостат (25%). КЖ больных изучали по шкале SF-36 и по опроснику HAQ. Для оценки влияния заболевания на КЖ пациентов по шкале SF-36 проводили сравнительную оценку показателей КЖ больных с подагрическим артритом и показателей популяционных норм, которые были получены в рамках проекта «МИРАЖ» по изучению КЖ у больных ревматоидным артритом (РА) в 5 городах РФ с вычислением 8 основных показателей: Опросник имеет следующие шкалы: физическое функционирование (PF), ролевое (физическое) функционирование (RP), боль (P), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE), психологическое здоровье (MH).

Полученные результаты. Анализ шкал SF-36 показал, что у больных с подагрическим артритом все показатели КЖ были достоверно хуже, чем в группе сравнения ($p<0,001$). У больных с подагрическим артритом в наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (PF, RP, P, GH). RP было снижено на 58,5%, показатель P – на 42,7%, показатель ФФ – на 41% по сравнению со здоровыми лицами. Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (VT, SF, RE, MH), в большей степени были снижены SF – на 38,5% и VT – на 29,6%. Показатель MH, являясь самым высоким среди всех параметров КЖ у больных с подагрическим артритом (54,9), при этом был на 21,3% хуже, чем у здоровых лиц. Для оценки факторов, влияющих на показатели КЖ больных с подагрическим артритом, был предпринят анализ корреляционных связей некоторых клинических показателей со значениями отдельных шкал SF-36. Все шкалы имели статистически значимые отрицательные корреляционные связи с активностью заболевания, суставным индексом,

числом пораженных суставов, степенью функциональной недостаточности, болью, утомляемостью и самочувствием по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ($p<0,01$ и $p<0,05$). Большинство шкал опросника обратно коррелировали с возрастом, стажем суставного синдрома. Была выявлена высокая отрицательная корреляционная связь между всеми шкалами SF-36 и функциональным статусом больных с подагрическим артритом по HAQ ($p<0,01$). По опроснику HAQ среднее значение составило 0,74±0,06, что соответствует небольшим изменениям жизнедеятельности. Обсуждение. При изучении особенностей КЖ у больных с подагрическим артритом было выявлено, что значения по всем шкалам опросника SF-36 были ниже, чем в популяции ($p<0,001$). Были обнаружены многочисленные корреляционные связи между шкалами SF-36 и клиническими характеристиками больных.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что в период обострения хронической тофусной подагры значительно ухудшается КЖ больных: страдает физическое, психологическое здоровье, нарушается их социальное функционирование. Выраженность нарушений по опросникам КЖ коррелирует с основными показателями активности воспалительного процесса (числом пораженных суставов, суставным индексом, выраженностью боли по ВАШ).

Состояние сердечно-сосудистой системы у больных с анкилозирующим спондилитом

Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

При анкилозирующем спондилите (АС) на фоне хронического воспалительного процесса может наблюдаться более раннее поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) независимо от традиционных факторов риска.

Цель. Определить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных АС.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов (40 мужчин и 20 женщин) с подтвержденным диагнозом анкилозирующего спондилита (АС) в возрасте 43,5±5,6 лет. Продолжительность заболевания у всех больных составила – 5,6±1,3 лет. Больным, кроме общеклинического и лабораторного обследования, проводились электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (АД) по стандартным методикам. Оценка активности у пациентов с АС проводилась при помощи индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), согласно которому активность считается высокой при значениях >4. Также исследовался ряд биохимических показателей крови: общий холестерин (ОХС), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ).

Результаты и обсуждения. Кардиалгии отмечали только 11,8% больных, у остальных активных кардиологических жалоб не было выявлено. При физикальном исследовании повышенное систолическое артериального давления отметили у 48 пациентов (80%). Нарушения липидного спектра – у 40 (66,7%) пациентов, при этом уровень общего холестерина был равен 5,54±1,4 ммоль/л. По данным ЭКГ у большинства больных изменений не выявлено (67,4%) Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) была у 29 пациентов (48,3%), диффузные изменения в миокарде – у 10 (16,7%), блокада передней ветви левой ножки Гиса – у 5 (0,83%), блокада правой ножки пучка Гиса – у 4 (0,6%). По данным ЭхоКГ выявлены изменения у 24 больных (40%). Из них 18 пациентов имели высокую активность по индексу BASDAI: от 4,1 до 7,2. Атеросклероз аорты и

аортального клапана определялись у 5 пациентов (0,8%), уплотнение стенки аорты и аортального клапана – у 6 (1%), уплотнение стенок митрального клапана – у 7 (1,17%), трикуспидальная регургитация I-II степени – у 6 (1%), аортальная и митральная регургитация I-II степени – у 11 (1,83%), пролапс створок митрального клапана – у 14 (2,33%), добавочная хорда в полости левого желудочка – у 13 (2,17%).

Вывод. Кардиоваскулярные изменения у пациентов АС часто протекают субклинически, что требует динамического контроля за состоянием ССС. Поражение ССС коррелирует с активностью болезни, что отражает системный характер воспаления. Учитывая ранее проводимые исследования, следует вести поиск новых причин и критериев ССЗ у пациентов с системными воспалительными заболеваниями, в том числе и анкилозирующим спондилитом.

Актуальные аспекты комPLEMENTАРНОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА В КАРДИОЛОГИИ

Цымбал А.А.

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

Несмотря на успехи современной медицины и большое количество новейших медикаментозных средств, проблема адекватной терапии сердечно-сосудистой патологии, в частности, ИБС, острого инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, ДВС-синдрома, тромбофилий остается чрезвычайно актуальной, поскольку данная патология, по-прежнему лидирует среди основных причин смертности взрослого работоспособного населения. В связи с этим необходима разработка эффективных методов комPLEMENTАРНОЙ профилактики и лечения выше указанных изменений.

Цель настоящего исследования – изучить влияния электромагнитных волн терагерцевой диапАЗОНА на частотах молекулярного спектра оксида азота (240 ГГц) на коагуляционные и фибринолитические свойства крови больных нестабильной стенокардией.

Объектом исследования явились образцы цельной крови 120 больных нестабильной стенокардией. Критерии включения больных в исследование – нестабильная стенокардия IA, IB; IIA, IIB; IIIA, IIIB (тропонин отрицательный вариант) по С. Hamm, E. Braunwald, 2000. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых доноров. Забор образцов крови у больных осуществлялся в порядке экстренного поступления в стационар до проведения специфической терапии, из кубитальной вены в количестве 15 мл. Облучение образцов крови проводилось на впервые разработанном в ОАО ЦНИИИА (г. Саратов) отечественном квазиоптическом ТГЧ-генераторе. С помощью генератора проводилось формирование облучающего электромагнитного поля, имитирующего молекулярный спектр излучения и поглощения оксида азота 240 ГГц. Время экспозиции составляла 5, 15, 30 минут. Состояние коагуляционного звена системы гемостаза исследовалось с помощью серии тестов, выполненных с использованием реактивов фирм «Технология-Стандарт» (г. Барнаул, Россия), НПО «РЕНАМ» (г. Москва, Россия). 1-фаза процесса свертывания крови оценивалась путем определения АЧТВ, 2-я фаза – ПВ, МНО; 3-я фаза свертывания крови – по уровню фибриногена, величине тромбинового времени и активности фактора XIII в плазме крови. Фибринолитический потенциал крови оценивался с помощью Хагеман-зависимого и индуцированного стрептокиназой зуглобулинового фибринолиза, расчетом индекса резерва плазминогена. Наличие маркеров диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови устанавливалось «ТЕХ-D-

Димер» тестом. В ходе исследования выявлена острая патология в системе гемостаза у больных нестабильной стенокардией. Показано нормализующее влияние терагерцевой излучения на частоте оксида азота 240 ГГц на коагуляционные свойства крови больных нестабильной стенокардией в условиях *in vitro*. Так, происходит полное статистически достоверное восстановление течения всех фаз коагуляционного каскада, у данной группы больных. Следовательно, закономерно использование в клинической медицине электромагнитного излучения терагерцевой диапАЗОНА молекулярного спектра оксида азота (240 ГГц) для коррекции выявленных нарушений в системе гемостаза.

Риск инфаркта миокарда при некардиологических операциях

Чомахидзе П.Ш., Полтавская М.Г., Сыркин А.Л.

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

Введение. Частота инфаркта миокарда (ИМ) при ряде некардиальных операций достигает 2,5-3%. Определению кардиального риска и методов его снижения при различных внесердечных операциях с учетом многообразия хирургической патологии, исходных соматических показателей – сложная и актуальная проблема.

Цель исследования: определение частоты развития ИМ при плановых некардиальных операциях и факторов предоперационного обследования, ассоциированных с ИМ.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 1312 пациентов, которым выполнялись абдоминальные, урологические и большое ортопедические вмешательства. Проводился ретроспективный анализ данных (540 пациентов) и проспективное обследование (осмотр, электрокардиография (ЭКГ), суточный монитор ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевой доплерографией и оценкой деформации миокарда (ДМ), эргоспирометрия (ЭСМ). Данные коронароангиографии (КАГ), проведенной перед операцией, были доступны у 150 пациентов.

Результаты исследования. Из всех операций 143 вмешательства относились к исходно высокому прогнозируемому риску (более 5% риск нефатального инфаркта миокарда или смерти от сердечно-сосудистой причины) согласно действующим рекомендациям, остальные к среднему риску (1-5% осложнений). По поводу онкологического заболевания было проведено 460 операций. Медиана срока госпитализации в нашем исследовании составила 19 дней (12-32 дня). У 67 пациентов (5,1%) были выявлены большие КО (ИМ, инсульт, кардиальная смерть). ИМ в периоперационном периоде развился у 48 пациентов (3,6%). Из них – фатальный ИМ у 12 пациентов (0,9%), нефатальный ИМ у 36 пациентов (2,7%). С развитием периоперационного ИМ ассоциировались следующие факторы: ЭКГ признаки гипертрофии миокарда, показатель ДМ левого желудочка ниже 18%, снижением интеграла линейной скорости кровотока в выносящем тракте левого желудочка ниже 18 см, прирост ЧСС за первую минуту ЭСМ > 27%, снижение анаэробного порога <12 мл/кг/мин, показатель кислородного пульса <12мл/кг/мин. 8. При анализе данных коронароангиографии, проведенной в течение месяца до операции, с развитием больших ССО ассоциировались субтотальные стенозы коронарных артерий (ОШ 4,5, p<0.01) и трёхсосудистое поражение коронарного русла (ОШ 5,1, p<0.01).

Полученные данные свидетельствуют о высоком риске ССО при плановых внесердечных вмешательствах, в первую очередь при онкологической хирургической патологии, который превышает прогнозируемый риск операции по данным действующих мировых рекомендаций, что

определяет необходимость более тщательного контроля таких пациентов до и после операции.

Заключение. Необходимо проведение комплексного инструментального обследования с поиском факторов риска периоперационного ИМ среди данных функциональных и ультразвуковых методов. Выявление указанных факторов, позволяет выделить группу пациентов, требующих дообследования, дополнительной подготовки к операции и динамического наблюдения после вмешательства.

Результаты влияния комбинированной терапии на показатели вариабельности ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью и диабетической кардиальной нейропатией

Шалаева С.С.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Цель: оценить влияние комбинированной терапии на показатели вариабельности ритма сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и диабетической автономной кардиальной нейропатией (ДАКН).

Материалы и методы: в исследование включено 60 пациентов 45-70 лет с ХСН II-III функционального класса (ФК), сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа и признаками ДАКН. Диагностика ДАКН и ее тяжести проводилась по клиническим тестам D. Ewing. Все наблюдаемые получали препараты базисной терапии ХСН и гипогликемизирующей терапии. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек: I группа в дополнение к базисной терапии получала мельдоний в дозе 1000 мг/сутки. Период наблюдения – 12 недель. Оценивали показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) (Баевский Р.М. и др., 2001). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности течения СД и ХСН. Результаты: в конце 12 недель терапии у больных с ХСН и СД 2 типа с ДАКН произошло статистически значимое увеличение показателя TP в 1-ой группе больных на 60,1%, тогда как в контрольной группе показатель TP практически не изменился. По окончании 12-недельной терапии мельдонием в составе комбинированной терапии ХСН показатель LF в основной группе достоверно снизился на 12,7% в положении лежа и на 11% в положении ортостаза, тогда как изменения показателя LF во 2-й группе были не достоверны. Различия между группами были статистически значимы. Отмечено достоверное увеличение HF как в I группе, так и во II группе больных, в положении лежа на 21,1% vs 13,9% соответственно. При проведении АОП достоверное увеличение HF отмечено лишь в I-ой группе на 19,9% vs 10,1% в группе контроля ($p < 0,05$). В группе показатель дополнительно получавшей мельдоний LF/HF уменьшился на 15,4% ($p < 0,05$), а в группе контроля повысился на 3,14%, различия между группами статистически значимы. У пациентов обеих групп на фоне проводимой терапии наблюдалось уменьшение мощности медленных волн 2-го порядка (VLF), но лишь в основной группе этот показатель снизился статистически значимо на 20,26% vs 2,18% во второй групп ($p < 0,05$). Различия между группами статистически значимы.

Выводы: комбинированная с мельдонием терапия у больных с ХСН и ДАКН оказывает достоверное положительное влияние на показатели вегетативной регуляции сердца, о чем свидетельствует ослабление неблагоприятного, гуморально-метаболического типа регуляции сердечного ритма.

Сравнительный анализ микроциркуляторных нарушений у пациентов с сочетанной и изолированной легочно-сосудистой патологией

Шалдыбина Ю.Э., Зарубина Е.Г.

Медицинский университет «Реавиз», Самара

Цель: исследование параметров микроциркуляторного русла у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и пациентов с АГ без бронхообструктивной патологии в зависимости от длительности заболеваний.

Материалы и методы: Было обследовано 158 пациентов. Группы формировались в зависимости от длительности анамнеза (5 лет, 15 лет с момента начала заболевания). I группу составили пациенты с ХОБЛ и АГ анамнез до 5 лет ($n=17$, возраст $41,9 \pm 3,2$ лет), IA группу - пациенты с изолированной АГ анамнез до 5 лет ($n=53$, возраст $41,9 \pm 3,2$ лет). Во II группу вошли пациенты с ХОБЛ и АГ анамнез до 15 лет ($n=29$, возраст $53,4 \pm 2,6$ лет), IIA группу - пациенты с изолированной АГ анамнез до 15 лет ($n=59$, возраст $53,4 \pm 2,6$). Изменения процессов микроциркуляции проводилось с использованием лазерной доплеровской флоуметрии на многофункциональном лазерном диагностическом комплексе. Оценивались среднее значение перфузии (ПМ, перф. ед.) сатурация смешанной (капиллярной) крови (SO_2 , %), относительный объем фракции эритроцитов на единицу площади (Vr , %), индекс перфузионной сатурации кислорода в микрокровотоке ($SOM = SO_2/ПМ$, усл.ед.), индекс удельного потребления кислорода в ткани ($U = SpO_2/SO_2$, усл.е.), сатурация артериальной крови (SpO_2 , %) на периферии (в коже подушечек пальцев рук). С помощью совмещения методов ЛДФ, ОТО и ЛФС были рассчитаны эффективность кислородного обмена (ЭКО), флуоресцентный показатель потребления кислорода (ФПК) в относительных единицах по формулам.

Результаты. Было установлено, что у пациентов страдающих сочетанной патологией ХОБЛ и АГ показатели микроциркуляции прогрессивно снижаются по сравнению с лицами имеющими АГ без бронхообструкции с аналогичным по длительности течением. Так, показатель микроциркуляции (ПМ) снижался с $16,8 \pm 0,2$ до $10,1 \pm 0,3$, что соответствовал $39,9\%$ ($p \leq 0,001$), индекс удельного потребления кислорода в тканях уменьшался с $1,52 \pm 0,01$ усл.ед до $1,21 \pm 0,01$ усл.ед., что соответствовало $20,4\%$ ($p \leq 0,001$), относительный объем фракции эритроцитов (Vr , мм³ - с $16,8 \pm 0,3$ до $11,3 \pm 0,2$, на $32,7\%$ ($p \leq 0,05$), эффективность кислородного обмена падала на $63,4\%$, при этом повышался индекс перфузионной сатурации в микрокровотоке на $75,6\%$. Такие изменения параметров микроциркуляции свидетельствует о прогрессирующей гипоксии в тканях. Вместе с тем пациенты с изолированной АГ (группы IA - IIA) обследованные по тем же показателям микроциркуляции не имели выраженных нарушений ($p > 0,05$). Так, индекс удельного потребления кислорода в тканях у этой группы пациентов снижался на $1,8\%$, показатель микроциркуляции – на $4,5\%$, эффективность кислородного обмена падала на $16,6\%$.

Выводы. Таким образом, микроциркуляторные нарушения у пациентов с коморбидной патологией ХОБЛ и АГ в сравнение с АГ неотягощенной бронхообструкцией имеет более выраженный характер. Выявленные изменения свидетельствуют о более тяжелой гипоксии. Она в свою очередь прогрессирует в соответствии с длительностью заболеваний, тем самым способствует развитию осложнений и увеличивает риск неблагоприятных исходов легочно-сосудистой патологии.

ТЭС-терапия, как немедикаментозный метод коррекции сосудистых нарушений при легочно-сердечной патологии.

Шалдыбина Ю.Э., Зарубина Е.Г.

Медицинский университет "Реавиз", Самара

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия) хорошо сочетается с традиционными методами лечения: медикаментозным, физиотерапевтическим, бальнеологическим.

Целью данной работы стало выявление степени и характера влияния ТЭС-терапии на состояние микроциркуляции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне присоединившейся артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Группу обследованных составили пациенты с ХОБЛ – 51 человек, средний возраст которых составлял $41,9 \pm 3,2$ лет и длительностью заболевания $4,1 \pm 0,6$ лет, у которых на фоне ХОБЛ присоединилась АГ. У всех пациентов, согласно данным их медицинских карт отмечалась дыхательная недостаточность 2 ст. С целью получения максимального эффекта проводили не менее 10 сеансов ТЭС-терапии продолжительностью воздействия 30 минут и биполярным током до 2 мА каждые 6 месяцев на протяжении 1,5 лет. Исследование состояния процессов микроциркуляции, степени и характера изменений в этом звене проводилось с использованием лазерной доплеровской флоуметрии на многофункциональном лазерном диагностическом комплексе, а также с помощью компьютерного капилляроскопа.

Результаты исследования. Было установлено, что под влиянием ТЭС-терапии индекс удельного потребления кислорода в ткани (U) увеличивался в 6-12% ($p < 0,05$). Об улучшении газообмена в тканях свидетельствовало и снижение показателя перфузионной сатурации кислорода в микрокровотоке (SOM) на 8-20% ($p < 0,05$). На этом фоне у пациентов отмечалось повышение эффективности кислородного обмена на 23,3%. Анализ частотных характеристик кровотока на периферии у данной группы лиц позволяют говорить практически о полной нормализации микрокровотока у пациентов под влиянием ТЭС-терапии. У пациентов с ХОБЛ и АГ статистически достоверно снижались спазм артериол, уменьшались показатели шунтирования. У всех обследованных улучшались показатели тонуса венозного отдела микрокровотока. Так, скорость крови в артериальном отделе венозного отдела после проведения ТЭС-терапии увеличивалась в среднем на 18,7%, в венозном отделе на 20,4% ($p < 0,05$). Это свидетельствовало о нормализации кровотока в микроциркуляторном звене и снижении застоя в его венозном отделе. Это сопровождалось уменьшением количества капилляров с заблокированным агрегатами кровотоком и сужением периваскулярной зоны, даже при длительности болезни около 10 лет, что благоприятно отражалось на процессе газообмена.

У пациентов с коморбидной патологией отмечалось значительное снижение тонуса артериол, что подтверждалось увеличением их диаметра на 25,4%. Это сочеталось с улучшением скоростных параметров крови как в артериальной, так и в венозной части венозного отдела (в среднем на 18,7% и на 20,4% соответственно, $p < 0,05$), и увеличением плотности сосудистого рисунка краевой: до и после применения ТЭС-терапии на 31,9%, площадной: до и после применения ТЭС-терапии на 36,9%. Такое увеличение плотности сосудистой сети, возможно, было связано с уменьшением спастических явлений и раскрытием и визуализацией резервных капилляров под воздействием ТЭС-терапии.

Выводы. Таким образом, ТЭС-терапия имеет нормализующее действие на сосудистый тонус в микроциркуляторном звене и способствует усилению газообмена в тканях. Это позволяет снизить степень гипоксии и риск

развития осложнений связанных с ней у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией.

Лабораторные показатели системной воспалительной реакции у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией, осложнённой острым экссудативным перикардитом

Шахнис Е.Р., Мартынова Т.В.

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, Филиал №5, Москва

Существенная доля пациентов с выпотом в перикард бессимптомны, и выпот может оказаться случайной находкой при рентгенографии или эхокардиографии (ЭхоКГ). По данным проспективных исследований даже небольшое количество жидкости в полости перикарда может ухудшать прогноз. При отсутствии своевременного адекватного лечения постоянная форма заболевания развивается у 30-50% пациентов. Накопление выпота может осложниться тампонадой перикарда. В связи с вышесказанным существует потребность в поиске лабораторных маркеров острого экссудативного перикардита у пациентов с пневмонией для формирования группы риска по этому осложнению, нуждающейся в проведении ЭхоКГ в разгар заболевания пневмонией.

Цель работы: изучить степень выраженности системной воспалительной реакции по её лабораторным маркерам у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией в зависимости от наличия или отсутствия осложнения заболевания острым экссудативным перикардитом.

Материалы и методы. В исследование включены 50 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте $20,4 \pm 1,9$ года. Всем больным проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее общий анализ крови на сертифицированном гематологическом анализаторе, определение белков острой фазы фибриногена и С-реактивного белка (СРБ) и ЭхоКГ для подтверждения и количественной оценки сепарации листков перикарда. Группу 1 составили 35 пациентов с острым экссудативным перикардитом, группу 2 – 15 пациентов, сопоставимых по возрасту и тяжести заболевания, без изменений перикарда по данным инструментальных исследований.

Результаты. Не выявлено существенного различия в частоте выявления лейкоцитоза между пациентами 1 и 2 группы (33 (94,3%) и 14 (93,3%) больных соответственно). Аналогичные результаты получены для повышения абсолютного и относительного содержания в крови палочкоядерных нейтрофилов (28 (80%) пациентов в группе 1 и 11 (73,3%) в группе 2, 24 (68,9%) в группе 1 и 10 (66,7%) в группе 2 соответственно), абсолютного и относительного количества сегментоядерных нейтрофилов (33 (94,3%) в группе 1 и 14 (93,3%) в группе 2, 30 (85,7%) в группе 1 и 12 (80,0%) в группе 2 соответственно), общего абсолютного и относительного количества нейтрофилов (33 (94,3%) пациентов в группе 1 и 14 (93,3%) в группе 2 по обоим показателям), ускорения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) (35 (100%) пациентов группы 1, 14 (93,3%) в группе 2), повышения уровня фибриногена (25 (71,4%) в группе 1 и 10 (66,7%) в группе 2) и СРБ (18 (51,4%) больных группы 1 и 9 (60%) в группе 2). Не получено статистически значимых различий между 1 и 2 группами по уровню лейкоцитов периферической крови ($12,14 \pm 2,83$ 109/л по сравнению с $11,92 \pm 2,91$ 109/л), абсолютному и относительному содержанию в крови палочкоядерных нейтрофилов ($0,440 \pm 0,050$ 109/л и $8,01 \pm 2,15\%$ соответственно в группе с перикардитом и $0,410 \pm 0,075$ 109/л и $6,95 \pm 2,87\%$ соответственно в группе без осложнений), абсолютному и относительному

количеству сегментоядерных нейтрофилов ($8,490 \pm 0,057$ 109/л и $84,01 \pm 10,71\%$ соответственно в группе с перикардитом и $9,410 \pm 0,079$ 109/л и $80,72 \pm 9,89\%$ соответственно в группе без осложнений), общему абсолютному и относительному количеству нейтрофилов ($10,940 \pm 0,078$ 109/л и $8,01 \pm 2,15\%$ соответственно в группе с перикардитом и $11,42 \pm 0,075$ 109/л и $6,95 \pm 2,87\%$ соответственно в группе без осложнений), СОЭ ($23,4 \pm 11,9$ мм/ч в группе 1 и $19,7 \pm 13,9$ мм/ч в группе 2) и концентрации белков острой фазы: фибриногена ($7,02 \pm 2,17$ г/л и $5,9 \pm 3,9$ г/л в группе 2) и СРБ ($6,02 \pm 3,19$ мг/л и $5,9 \pm 4,2$ мг/л в группе 2). Для всех изученных показателей $p > 0,05$.

Выводы. Исследование наличия и степени выраженности системной воспалительной реакции по её лабораторным маркерам у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией не выявило значимых различий как в частоте встречаемости, так и в степени выраженности отклонений в уровне лейкоцитов, отдельных показателей лейкоцитарной формулы (абсолютное и относительное число палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов и суммарное количество нейтрофилов), степени ускорения СОЭ, повышения острофазовых белков фибриногена и СРБ между пациентами с внебольничной пневмонией, осложнённой острым экссудативным перикардитом и без изменений перикарда по данным инструментальных исследований. Таким образом, исследованные показатели не могут служить маркерами развития осложнения пневмонии острым экссудативным перикардитом.

Характер пищевого поведения у женщин в зависимости от образа жизни

Шевелева О.Е., Волкова С.Ю., Вальц И.А., Абукеримова А.К.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Введение. Преобразование пищевого поведения (ПП) является ключом к построению мотивационного звена терапии, направленной на нормализацию массы тела, устранение причины ожирения, осознание пациентом своего состояния, формирование приверженности к назначенному лечению и модификации образа жизни.

Цель исследования. Изучить особенности образа жизни и нарушений ПП у женщин, занимающихся умственной деятельностью.

Задачи работы. 1. Выяснить преобладающий тип нарушения пищевого поведения. 2. Проанализировать группу с избыточной массой тела. 3. Оценить соотношение возраста и наличия избыточной массы тела.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 54 женщины трудоспособного возраста (24% от 21 до 35 лет, 76% от 35 до 55 лет). При оценке курения использовался опросник BRFSS, физической активности – IPAQ, количества употребления алкоголя – AUDIT, пищевого поведения – DEBQ. Был разработан комплексный тест по выявлению особенностей образа жизни, рассчитан ИМТ и оценен объем талии (менее и более 80 см согласно IDE, 2005).

Полученные результаты. Все испытуемые были разделены на две группы – 46% с нормальной (ИМТ $18,5-24,9$ кг/м²) и 54% с избыточной массой тела (ИМТ от 25 кг/м² и выше). У женщин первой группы нарушения ПП наблюдались в 69% случаев. От 21 до 35 лет преобладал ограничительный тип (Ог.) (22%) и его сочетание с экстернальным типом (Эк.) (22%). В возрастной группе от 36 до 55 лет доминировало сочетание двух (34%) типов пищевого поведения. Так же женщины этой группы предпочитали употреблять пищу во второй половине дня (23%) и ночью (8%). В группе женщин с избыточной массой тела преобладали женщины 36-55 лет (83%). Нарушение ПП в 93 % случаев, преобладал смешанный тип нарушения (47%), чуть реже 33% - всех трех типов ПП. Для женщин с

избыточной массой тела в возрастной группе 36-55 лет и смешанного типа ПП (Эк. и Ог.) характерна более низкая физическая активность (20%), 7% женщин этой группы курят. Чаще, чем в других группах с нарушением ПП основной прием пищи приходится на 2 половину дня и ночь (30% и 17% соответственно). Приему пищи сопутствовала параллельная деятельность в 20% случаев, чуть меньше при сочетании всех 3-х типов ПП- 13%.

Выводы. 1. У женщин с нормальной массой тела в возрасте от 21 до 35 доминировал ограничительный тип ПП, а в группе от 36 до 55 лет – смешанный тип (Эк. и Ог.). 2. В группе с избыточной массой тела преобладали женщины 36-55 лет с Эк. и Ог. типом ПП, для которых характерна более низкая физическая активность и курение. 3. С возрастом количество женщин с сочетанными нарушениями ПП и избыточной массой тела увеличивается, что может привести к увеличению риска развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, ишемической болезни сердца и других патологий.

Гематологические синдромы при аутоиммунных ревматических заболеваниях

Шилкина Н.П., Дряженкова И.В., Юнонин И.Е., Масина И.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель исследования: определить подходы к дифференциальной диагностике системных аутоиммунных ревматических заболеваний (САРЗ), в клинике которых имеют место гематологические синдромы.

Материал и методы. Обследовано 326 больных САРЗ, из них 102 страдали системной красной волчанкой (СКВ) и 224 – системными васкулитами (СВ). Для постановки диагноза использовали методы исследования иммунной системы, системы гемостаза, ангиосканирование, магниторезонансную томографию (МРТ), морфологическое исследование (профессор Н.Е.Ярыгин, профессор К.И.Панченко).

Результаты. Тромбоцитопения (ТЦП) от умеренной (менее 150×10^9 /л) до тяжелой (менее 10×10^9 /л) имела место у 60% больных СКВ, чаще в дебюте заболевания. ТЦП включена в классификационные критерии СКВ (ACR, 1997; SLICC, 2012). Нередко больные молодого возраста длительно наблюдались с диагнозом болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура) с кровотечениями, особенно опасными при появлении менструаций у девушек. Как правило, диагноз ставился при появлении «бабочки» на лице и других типичных симптомов СКВ. При ТЦП рекомендуется исследовать иммунологические маркеры СКВ: антиядерные антитела (АНА), адНК, волчаночный антикоагулянт (ВА), антитела к кардиолипину (АКЛ). В настоящее время исследование LE-клеток считается малоинформативным. У женщин с рецидивирующими сосудистыми тромбозами и привычными выкидышами следует исключить антифосфолипидный синдром (АФС), на ранних стадиях которого также может наблюдаться ТЦП. Маркерами АФС являются антитела к кардиолипину: аКЛ IgG и аКЛ IgM, ВА. ТЦП является основным критерием тромботической тромбоцитопенической пурпуры (ТТП) и характеризуется развитием синдрома диссеминированного сосудистого свертывания (ДВС), во вторую фазу которого имеет место ТЦП потребления, как и при других формах САРЗ, в основном при остром течении процесса. Маркерами ДВС-синдрома следует считать растворимые фибринмономерные комплексы (РФМК), показана и расширенная коагулограмма. Геморрагический васкулит (термин предложен В.А.Насоновой) может быть нозологической формой СВ (пурпура Шенлейна-Геноха у детей) или вторичным синдромом при САРЗ. Дополнительно рекомендуется обследование на содержание IgA. Криоглобулинемический васкулит характеризуется наличием

пальпируемой пурпуры на нижних конечностях и повышением в крови криоглобулинов. Венозные тромбозы и тромбофлебиты характерны для болезни Бехчета, которую ранее относили к группе СВ, а в настоящее время доказана ее принадлежность к аутовоспалительным заболеваниям (АВЗ) наследственной природы. Иммунологические тесты неспецифичны, но резко выражены показатели общевоспалительного процесса: СОЭ и СРБ. Показан генетический анализ на HLA-B51. Тромбофлебиты типичны для облитерирующего тромбангиита, иммунологические маркеры при котором неспецифичны. Умеренная лейкопения (менее $3,5 \times 10^9/\text{л}$), служит показанием для обследования на СКВ. Выраженная лейкопения имела место при агранулоцитозе, связанном с использованием иммуносупрессивных препаратов и аминоксилиновых средств, которые часто используются при САРЗ. Лейкемоидная реакция миелоидного типа у больных САРЗ встречается при гранулематозе Вегенера в основном при присоединении вторичной инфекции. Анемию различного генеза (у 86% больных) на том или ином этапе развития САРЗ как анемию хронического заболевания диагностируют при многих нозологических формах. Трудности диагностики возникают при развитии гемолитической анемии, которая входит в классификационные критерии СКВ. Требуется анализ крови на ретикулоциты, пробу Кумбса. Эозинофилия (до 80-90% в лейкоцитарной формуле) входит в классификационные критерии синдрома Черг-Строса из группы СВ. Маркером являются антинейтрофильные антитела (АНЦА) к миелопероксидазе (МПО). Синдром ускоренного СОЭ (более 50 мм/час), типичен для ревматической полимиалгии и гигантоклеточного артериита. Иммунологические тесты неспецифичны, повышен СРБ. Рекомендуется УЗИ или МРТ височных артерий. При установлении диагноза показана пульс-терапия, которая была проведена 5 больным и помогла им сохранить зрение. Резко ускоренная СОЭ встречается, как было сказано выше, при АВЗ, недавно выделенных из группы САРЗ.

Заключение. При гематологических синдромах ранняя диагностика САРЗ позволяет использовать генно-инженерные биологические препараты, которые улучшают их течение и прогноз.

Клинико-морфологическая диагностика системных васкулитов

Шилкина Н.П., Панченко К.И.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Цель исследования – представить вклад профессора Н.Е. Ярыгина в изучении клинико-морфологических особенностей и подходов к лечению системных васкулитов.

Материал и методы. 100-летие со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР профессора Ярыгина Никиты Еремеевича Ярославский государственный медицинский университет (ранее институт) торжественно отметил в 2017 году. Кафедре патологической анатомии, которой Никита Еремеевич заведовал с 1952 по 1989 год, затем с 1989 года являлся профессором-консультантом этой кафедры, было присвоено его имя. С 1955 года по 1968 год Н.Е.Ярыгин работал ректором института. Н.Е.Ярыгин является основоположником учения о патоморфологии системных васкулитов (СВ) в нашей стране. Разработку клинических аспектов проблемы СВ в ЯГМУ курировала академик В.А. Насонова. Для постановки клинического диагноза использовали методы исследования иммунной системы, системы гемостаза, дуплексное и триплексное сканирование сосудов, магнитно-резонансную томографию. Проводилось морфологическое исследование биоптата кожно-мышечного лоскута, операционного и аутопсийного материала с использованием

гистологических и гистохимических методов. Исследование системы микроциркуляции включало: биомикроскопию конъюнктивы глазного яблока, импрегнацию пленчатых препаратов по В.В. Куприянову и выявление микрососудов в пленчатых объектах гистохимическими методами в оригинальной модификации Н.Е. Ярыгина и С.В. Панченко, нейроофтальмоскопию, капилляроскопию (графию) ногтевого ложа, регистрацию напряжения кислорода в тканях.

Результаты и обсуждение. Были определены этапы клинико-морфологического диагностического поиска при СВ. В 1975 году Н.Е. Ярыгин предложил классификацию аллергических васкулитов с подразделением их на острые (подострые) непрогрессирующие с обратимыми иммунными нарушениями и хронические прогрессирующие васкулиты. Были изучены основные патогенетические звенья развития первичных и вторичных васкулитов. Была разработана морфологическая классификация васкулита: некротизирующий или гранулематозный с различным количеством гигантских клеток, со смешанным клеточным составом, с преобладанием нейтрофилов, наличием эозинофилов, лейкоцитокластический, лимфоцитарный, лимфоплазмоцитарный васкулит, склерозирующий фиброз со скудным инфильтратом. Выявлены гистологические особенности отдельных форм, дана характеристика микроциркуляторных нарушений при системных сосудистых поражениях. Н.Е. Ярыгиным опубликовано 8 монографий и 135 статей, включая основной труд по системным васкулитам «Системные аллергические васкулиты» (в соавторстве с В.А. Насоновой и Р.Н. Потехиной), который в течение многих лет является «настойной книгой» морфологов и ревматологов. В работах приводятся сведения по их этиологии и патогенезу СВ, даются рекомендации по подходам к корригирующей терапии, проведена расшифровка клинических, патологоанатомических, иммунологических и иммуноморфологических проявлений. Представлена клинико-анатомическая характеристика и особенности патоморфоза 8 нозологических форм СВ: узелкового периартериита, гранулематоза Вегенера, болезни Винивартера-Бергера, болезни Такаюсу, гранулематозного гигантоклеточного артериита, синдрома Гудпасчера, тромботической тромбоцитопенической пурпуры и геморрагического васкулита (названия даны в оригинальной транскрипции). Обосновано клинико-анатомическое обоснование возможного развития сочетанных форм гиперергического поражения сосудов. Н.Е. Ярыгину принадлежит и классификация морфологических изменений микрососудов системы гемомикроциркуляции, включающая физиологические, патологические и адаптационные преобразования терминальных отделов сосудистого русла.

Заключение. Современные теории патогенеза системных васкулитов, открытие маркёров васкулитных синдромов, опубликование классификационных критериев привели к созданию новых современных классификаций СВ, но при этом основополагающими работами следует считать труды профессора Н.Е. Ярыгина, чьи идеи используются до настоящего времени и определяют перспективы дальнейших исследований по созданию диагностических клинико-морфологических критериев системных васкулитов.

Теле-ЭКГ в работе ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи города Старого Оскола»

Шихова Ю.А.

ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи города Старого Оскола», г. Старый Оскол

Болезни системы кровообращения в настоящее время занимают ведущее место в структуре причин заболеваемости, инвалидности и смертности

населения как в РФ, так и во всем мире. Показатель догоспитальной летальности достигает 12-15%, при этом около 50% неблагоприятных исходов при различных формах ОКС происходят в первые часы заболевания.

Цель и задачи исследования: оценка результатов внедрения и эффективности работы телеметрического ЭКГ-комплекса «Валента» при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС в условиях работы скорой помощи Старооскольского городского округа.

Материалы и методы: телеметрический ЭКГ-комплекс «Валента», состоящий из телекардиографов с установленными в них sim-картами мобильной связи, и программного обеспечения, установленного на рабочем месте старшего врача дежурной смены, внедрён в работу ОГБУЗ «ССМП г. Старого Оскола» с июня 2015 г. На сегодняшний день все фельдшерские бригады ОГБУЗ «ССМП г. Старого Оскола» (12-14 в смену) оснащены телекардиографами «Валента». Телекардиограф обеспечивает регистрацию, отображение на экране, распечатку на термобумаге, запись в память кривых ЭКГ и передачу данных ЭКГ по телефонным линиям (акустический канал) и линиям сотовой связи (цифровой канал) на консультационный центр (на базе ОГБУЗ «ССМП г. Старого Оскола») с получением квалифицированного врачебного заключения на месте снятия ЭКГ. При необходимости, телекардиограф обеспечивает голосовую связь с дежурным врачом для получения устной консультации. Кроме того, данные телекардиографов оснащены программой оценки необходимости и возможности проведения тромболизиса, которая основана на рекомендациях ВНОК и ESC Guidelines и предназначена для: -оценки возможности проведения тромболизиса непосредственно бригадой скорой помощи; -организации врачебной консультации по проведению процедуры; -документирования обоснованности принятия решения по проведению терапии. В настоящее время отмечается значительное увеличение количества снятых и переданных ЭКГ в консультационный центр ССМП (с 3257 в 2015 году, 4393 в 2016 году до 7763 в 2017 году). Передано на КЦ старшего врача смены 18-20% снятых фельдшерами ЭКГ. Использование данной программы позволило начать проведение тромболитической терапии больным с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST силами фельдшерских бригад в течение «золотого часа». Первый фельдшерский тромболизис больному с диагнозом: Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST проведен в ноябре 2016 г. В 10 случаях (0,7% от переданных на КЦ) старшими врачами смен после интерпретации переданных ЭКГ подтвержден диагноз: Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, принято решение о проведении тромболитической терапии силами фельдшерских бригад. В 2017 г. тромболитическая терапия на догоспитальном этапе проведена 71 пациенту (в 38% от ОКС с подъемом сегмента ST со временем развития болевого синдрома до 6ч). При этом 14% от общего количества тромболитической терапии, проведенной бригадами СМП в 2017г., составляет ТЛТ, осуществленная фельдшерскими бригадами. Эффективность догоспитального тромболизиса, проведенного фельдшерскими бригадами составила 90%. Таким образом, внедрение в нашу практику современного кардиологического оборудования отечественного производства, позволило создать универсальную систему диагностики болезней системы кровообращения, принципиально улучшить качество оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сократить время до проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе, снизить число неоправданных госпитализаций, а также позволило оптимизировать транспортные расходы и использование квалифицированных врачебных ресурсов в условиях дефицита кадров.

С целью дальнейшей работы по улучшению организации экстренной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижению смертности населения от ССЗ на обсуждение администрации

Старооскольского городского округа было вынесено предложение – о возможности размещения консультационного центра для приёма, обработки и анализа ЭКГ на базе ПСО ОГБУЗ «Городская больница №1 г. Старого Оскола» и ООО «Клиники сердца»; – о внедрении теле-ЭКГ в практику использования фельдшерами ФАПов.

Полиморфизм C807T гена ITGA2 у пациентов с артериальной гипертензией как индикатор тромбоцитарной дисфункции

Шишкина Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В., Обухова О.В., Сахена В., Наумов С.А., Спасенков Г.Н., Кривцов А.В.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровья населения, Пермь

Цель исследования: изучить клиничко-лабораторную значимость ассоциации полиморфизма C807T гена ITGA2 с агрегационной активностью тромбоцитов (ААТ) у пациентов с АГ.

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов с установленным диагнозом АГ (15 женщин и 32 мужчины), находившихся на лечении в отделении кардиологии и профилактики ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» (г. Пермь) без тяжелых сопутствующих заболеваний. В исследование не включались пациенты с уровнем гемоглобина (Hb) < 100 г/л; содержанием тромбоцитов < 100•10¹²/л или > 450•10¹²/л; креатинином сыворотки крови > 120 мкмоль/л. Медиана возраста пациентов составила 55 лет с интерквартильным размахом от 48 до 60 лет. Забор крови производили утром натощак путем венепункции кубитальной вены по стандартизированной методике. ААТ исследовали импедансным методом с помощью анализатора Multiplate (Verum Diagnostica, Германия) с использованием в качестве индуктора агрегации реагента TRAP-6. Изменение сопротивления выражалось в агрегационных единицах – AU (aggregation unit). Оценивалась площадь под агрегационной кривой (area under curve - AUC). У всех пациентов с помощью сухого стерильного зонда с ватными тампонами вращательными движениями без травматизации проводили забор материала со слизистой оболочки щеки с последующим выявлением однонуклеотидных полиморфных вариантов генов методом аллельспецифической полимеразной цепной реакции на амплификаторе «CFX-96» BioRad Laboratories, Inc. (США) с использованием наборов производства ООО «Синтол» (г. Москва) и детекцией продуктов в режиме реального времени. Результаты интерпретировались в зависимости от характера кривых амплификации, отображаемых в программном обеспечении CFX Manager v. 3.0 для амплификатора «CFX96» с использованием метода аллельной дискриминации. Статистический анализ материала проводили с применением пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft). Для анализа количественных данных использовали тест Манна-Уитни. Статистический анализ распределения частот аллелей и генотипов проводили с использованием таблиц сопряженности и критерия хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при p < 0,05. Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25-го и 75-го процентилей (25; 75). Для вычислений использовалась программа «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль» (http://gen-exp.ru/calculator_or.php). Для оценки ассоциации аллелей и генотипов с риском развития гипoaгрегации использовали критерий хи-квадрат и отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Результаты. Установлено, что частота генотипов -807 CC, -807 CT, -807 TT среди больных АГ составила соответственно 18 (38,3%), 23 (48,9%)

и 6 (12,76%), а их распределение не противоречило распределению Харди-Вайнберга ($p=0,47$). Сравнительный анализ показателей ААТ с реактивом TRAP-6 выявил статистически значимые различия между группами пациентов, являющихся носителями разных генотипов (103,5 (67,0; 121,0) AU у гомозигот -807CC против 52,5 (48; 83) AU у гомозигот -807 TT, $p=0,045$). В группе пациентов со сниженной ААТ (TRAP test менее 94 AU) преобладало носительство неблагоприятного аллеля Т в сравнении с группой пациентов с нормальным уровнем ААТ (ОШ = 3,81, 95% ДИ 1,38-10,54; $p=0,008$). У пациентов данной группы отмечалось значимое повышение частоты встречаемости гетерозигот -807 СТ (ОШ = 4,75, 95% ДИ 1,24-18,19; $p=0,009$), а также повышение частоты встречаемости гомозигот по вариантному аллелю -807ТТ (ОШ = 2,88, 95% ДИ 0,31-27,07; $p=0,009$) по сравнению с группой пациентов с нормальным уровнем агрегации. Выводы. В настоящей работе впервые исследованы ассоциации полиморфизма С807Т гена ITGA2 с ААТ у пациентов с АГ. Результаты работы показали, что носительство неблагоприятного аллеля ITGA2 -807Т связано с уменьшением ААТ с реактивом TRAP-6. Допустимо предположить, что группа пациентов с АГ и снижением ААТ потенциально может рассматриваться как группа повышенного риска развития сердечно-сосудистых событий.

Клинико-электрокардиографические особенности проявлений синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта у мужчин призванного возраста с диспластическим фенотипом

Шуленин К.С., Воронин С.В., Черкашин Д.В., Ефимов С.В., Гончарук Р.Н.

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

Электрокардиографический феномен, характеризующий предвозбуждение желудочков сердца по типу синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) встречается в 0,1-0,4% от общей популяции. В большинстве случаев его клиническая манифестация возникает в возрасте от 10 до 20 лет и гораздо реже – у лиц старшей возрастной группы. У многих пациентов с синдромом WPW, являющимся врожденной аномалией развития проводящей системы, структурной патологии сердца не выявляется. В тоже время, у некоторой части пациентов определяются признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и другие структурные аномалии сердца (пролапс митрального клапана, дополнительные хорды, повышенная трабекулярность и пр.).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических и электрокардиографических особенностей проявления синдрома WPW у граждан Санкт-Петербурга с признаками ДСТ при призыве на военную службу.

На первом этапе исследования были проанализированы протоколы заседаний ВВК военного комиссариата Санкт-Петербурга за осенний призыв 2016 года и сформирована база данных призывников с синдромом WPW. Вариант синдрома предвозбуждения желудочков сердца по типу CLC в исследовании не учитывался. В дальнейшем были изучены данные медицинских документов призывников с синдромом WPW в районных филиалах военного комиссариата Санкт-Петербурга. На заключительном этапе проведено заполнение формализованного протокола обследования пациента с синдромом WPW и сформирована электронная база данных для статистической обработки. Всего за осенний призыв 2016 года в Санкт-Петербурге синдром WPW был выявлен у 107 (0,56%) призывников. У 36 (33,6%) призывников пароксизмов суправентрикулярной тахикардии (СВТ) не отмечалось («феномен WPW»). В связи с невозможностью оценить наличие всех критериев вовлечения костной системы и кожи,

дифференциальная диагностика диспластических фенотипов была затруднена. Учитывались лишь признаки повышенной диспластической стигматизации (астенический тип конституции, пониженное питание, сколиоз, плоскостопие и миопия). Именно на основании этих критериев и была сформирована группа, куда вошли 35 (32,7%) призывников. Группу контроля составил 71 (67,3%) призывник с синдромом WPW без повышенной диспластической стигматизации.

Было установлено, что клиническое течение синдрома WPW при наличии «диспластического фенотипа» характеризуется меньшим числом бессимптомного течения (0,0% и 16,7%, $p<0,05$), недостоверным снижением частоты пароксизмальных СВТ (63,1% и 81,5%, $p>0,05$), и высокой частотой вегетативно-сосудистых расстройств (82,8% и 15,4%, $p<0,05$) по сравнению с призывниками без повышенной диспластической стигматизации.

Влияние табакокурения на ремоделирование костной ткани у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких

Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется прогрессирующим течением с неблагоприятным прогнозом и представляет одну из серьезных проблем современной медицины. На сегодняшний день ХОБЛ страдают около 10% популяции в возрасте 40 лет (11,8% мужчин и 8,5% женщин). Одним из системных проявлений ХОБЛ, наряду с потерей мышечной массы, пульмогенной гипертензией, депрессией, является нарушение минеральной плотности кости (МПК). Основными факторами ее развития у пациентов с ХОБЛ являются терапия системными глюкокортикоидами (ГКС), недостаток витамина D, низкий индекс массы тела, гипогонадизм, гипоксия, малоподвижный образ жизни, хронический воспалительный процесс, увеличение количества провоспалительных цитокинов, а также табакокурение. Вместе с тем влияние количества выкуренных сигарет на ремоделирование костной ткани у мужчин с ХОБЛ не определено.

Цель: оценить состояние МПК у мужчин с ХОБЛ в зависимости от индекса курильщика. Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 147 историй болезни курящих мужчин больных ХОБЛ среднетяжелого течения без учета категории по классификации ABCD, пролеченных в пульмонологическом отделении ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» в 2015-2017 гг. Средний возраст больных составил $54,8 \pm 11,35$ лет. У всех пациентов определен индекс курильщика (ИК) пачка/лет согласно национальным клиническим рекомендациям (2016). В зависимости от ИК пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю ($n=26$) группу вошли пациенты с ИК от 10 до 20 пачка/лет, во 2-ю ($n=36$) группу – с ИК от 20 до 30 пачка/лет, в 3-ю группу ($n=85$) – с ИК более 30 пачка/лет. Показатели МПК определяли методом двойной рентгеновской абсорбциометрии, в области позвоночника (Т-критерий и Z-критерий) на денситометре LUNAR 8743 фирмы GE Medical Systems Lunar (США). Диагностика остеопороза (ОП) и остеопении (ОПН) проводилась с использованием диагностических критериев ВОЗ (1994 г.), основанных на количественной оценке МПК, как определяющем факторе прочности кости. Группу контроля ($n=32$) составили некурящие мужчины с ХОБЛ, в том числе и бросившие курить более 5 лет. При статистической обработке использовали z-критерий. Различия считались достоверными при $p<0,05$. Результаты: отклонение показателей МПК от нормы в общей группе курящих мужчин с ХОБЛ диагностировалось в 66% случаев, что было

достоверно чаще, чем в группе контроля ($p=0,000$). При этом ОПН в общей группе курящих выявлялась у 46 (31%) больных, ОП у 52 (35%) пациентов. При сравнении между собой групп пациентов, установлено статистически значимое последовательное увеличение доли пациентов с нарушением МПК. Так в 1-й группе нарушение МПК (ОПН+ОП) диагностировано в 15,6% больных, во 2-й группе – у 23,1% больных и у 49,4% пациентов 3-й группы, что было статистически больше, чем в 1-й ($p=0,014$) и во 2-й ($p=0,034$) группах. Определено, что увеличение ИК ассоциируется с увеличением частоты встречаемости ОП. При этом в 3-й группе ОП диагностировался достоверно чаще чем в 1-й группе ($p=0,016$), а также во 2-й группе, хотя и недостоверно.

Заключение: по нашим данным практически у каждого курящего мужчины с ХОБЛ минеральная плотность костной ткани снижена. Выраженность ремоделирования костной ткани ассоциируется с ИК. Это диктует необходимость ранней диагностики нарушений МПК и индивидуального подбора комплекса лечебных профилактических мероприятий у данной категории больных.

Использование мембранного плазмафереза в лечении пациентов с острым суставным синдромом в стационаре скорой помощи

Щемелева Е.В., Повзун А.С., Громов М.И.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Острый суставной синдром (ОСС) – это синдромокомплекс, который характеризуется выраженным воспалительным и болевым синдромами, часто требующими неотложной госпитализации пациента. Проявления ОСС наиболее часто встречаются у пациентов, страдающих заболеваниями соединительной ткани. При этом возможно как развитие дебюта ревматического заболевания, так и обострение уже ранее верифицированного патологического процесса. Основным звеном в патогенезе этих заболеваний является аутоиммунный процесс, представляющий собой сложное многокомпонентное патологическое явление, включающее как специфические, так и неспецифические элементы. Из этого следует, что, несмотря на то, что каждая из нозологии в отдельности требует в той или иной мере специфического лечения, существуют положения, общие для всех заболеваний. Мембранный плазмаферез (ПФ) – это универсальный эфферентный метод, позволяющий удалять из плазмы субстраты разнообразной природы независимо от их растворимости, молекулярного веса, электростатического заряда и обладающий в силу этого противовоспалительными, иммуномодулирующими и рядом других положительных свойств. Эфферентная терапия позволяет купировать болевой синдром и, тем самым, восстановить подвижность суставов, затормозить прогрессирование органических поражений. ПФ также способствует снижению уровней циркулирующих иммунных комплексов, С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Цель и задачи. Оценить эффективность применения мембранного ПФ у пациентов с ОСС в условиях стационара скорой помощи.

Материалы и методы. Показаниями к проведению ПФ у пациентов с ОСС являлись: 1) высокая клинико-лабораторная активность воспалительного процесса; 2) низкая эффективность проводимой традиционной медикаментозной терапии; 3) невозможность проведения необходимого комплекса лечебных мероприятий из-за сопутствующих заболеваний или осложнений основного заболевания. Все процедуры ПФ проводились

на отечественных аппаратах «Гемос» и «Гемма» с использованием мембранных плазмодифильторов ПФМ-800. Объем эксфузированной плазмы составлял 30-40% объема циркулирующей крови (ОЦК) при скорости перфузии 50-80 мл/мин. В качестве плазмозамещающих средств использовали безбелковый плазмозамещающий раствор Плазма-Лит 148 с 5% глюкозой в количестве 120% от объема эксфузированной плазмы. В период с 2009 по июнь 2018 г. курсы ПФ были выполнены 122 пациентам (85 мужчин – 69,7%, 37 женщин – 30,3%) в возрасте 24-83 лет, госпитализированным в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с диагнозом «острый суставной синдром». Из них пациентов с подагрой – 80 (65,6%), ревматоидным артритом – 25 (20,5%), другими воспалительными заболеваниями суставов – 17 (13,9%). При госпитализации у всех больных выявляли артриты различной выраженности и локализации, у части больных – лихорадку, снижение массы тела. При исследовании периферической крови у всех больных повышалась СОЭ, а также уровень С-реактивного белка и фибриногена. При нахождении в стационаре пациентам выполнялось от 1 до 5 процедур с интервалом 3-5 дней. При выписке из стационара до завершения полного курса процедур ПФ (4-5) пациентам было рекомендовано продолжить его амбулаторно.

Результаты. В результате проведения процедур ПФ хорошего клинического эффекта (купирования или значительного уменьшения интенсивности болевого синдрома) удалось достичь у 78 (63,9%) больных, недостаточный эффект (незначительное уменьшение интенсивности болевого синдрома) был у 37 (30,3%), отсутствовал у 7 (5,7%) пациентов. Во всех случаях хорошего эффекта заметное улучшение, проявляющееся уменьшением выраженности болевого синдрома, гиперемии и припухлости суставов, отмечалось у больных уже после 1-го ПФ. У 17 (13,9%) пациентов через 1-2 дня после первой процедуры ПФ отмечалось некоторое усиление болевого синдрома. Однако после последующих процедур боли в суставах исчезали или значительно уменьшались. Положительная клиническая динамика у больных, леченных с применением ПФ, сопровождалась изменением лабораторных показателей – уровень СОЭ и СРБ снижались вплоть до нормализации у всех обследованных.

Выводы. Мембранный ПФ является эффективным методом для лечения острого суставного синдрома в условиях стационара скорой помощи.

Пациент с жалобой на снижение памяти в практике врача-терапевта

Эмануэль Ю.В., Артемова А.В.

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

В докладе рассматриваются методы выявления, причины возникновения и подходы терапии снижения когнитивных функций у терапевтического пациента. Приводятся клинические наблюдения. Память является интегральным компонентом высших мозговых функций. Жалобы на снижение памяти часто встречаются в практике врача-терапевта. Необходимо в каждом конкретном случае предположить причину данного страдания, выяснить, является ли это объективным симптомом и назначить оптимальное лечение. Существуют различные шкалы для оценки когнитивных функций. Например, Монреальская шкала, тест 10 слов, тест связи чисел и т.д. В то же время снижение памяти может быть проявлением астенического синдрома при различных соматических заболеваниях или депрессии. В данном случае требуется терапия основного заболевания. Однако временное или прогрессирующее снижение познавательных функций может быть признаком различных нейродегенеративных

заболеваний: болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона, кортика-базальной дегенерации, фронто-темпоральной деменции и т.д. И наконец, это может быть синдром умеренных когнитивных расстройств, который может со временем трансформироваться в деменцию. И такое состояние требует пристального внимания и длительной терапии, особенно, если снижается качество жизни пациента. К сожалению, далеко не всегда используя стандартные шкалы удается выявить когнитивный дефицит, особенно у высокообразованных людей. Тогда применим термин «субъективные когнитивные нарушения», которые тоже могут требовать коррекции. В целом в возрасте 45-50 лет снижение когнитивного резерва может приводить к затруднениям в трудовой деятельности пациента, что в свою очередь вызывает депрессивное настроение и соответственно снижение в том числе памяти. Поэтому своевременное выявление и коррекция когнитивного дефицита очень актуальны.

Клинико-патогенетические проявления эндотоксикоза у больных с синдромом тиреоидной дисфункции

Эсаулова Т.А., Алимсултанова Л.Р.

Эндокринологический диспансер, Грозный

Цель исследования. Изучить наличие эндогенной интоксикации у пациентов с синдромом тиреоидной дисфункции.

Методы исследования. Проанализированы данные амбулаторных карт первичных пациентов с тиреотоксикозом и гипотиреозом.

Полученные результаты: обследовано 150 больных с эндогенной интоксикацией, среди которых 100 человек были с тиреотоксикозом и 50 человек с гипотиреозом. Обследование включало общеклинические иммунологические исследования, проведение ультразвукового исследования (УЗИ)ЩЖ. В группе больных с тиреотоксикозом эндогенная интоксикация выявлена у 90% пациентов (90 человек), 10% (10 человек) не имели эндогенную интоксикацию. В группе больных с гипотиреозом эндогенная интоксикация выявлена у 40% пациентов (40 человек), 10% (10 человек) не имели эндогенную интоксикацию.

Выводы. Данное исследование позволило отследить частоту эндогенной интоксикации у лиц с тиреоидной дисфункцией, что позволит в дальнейшем проводить более раннюю диагностику и предупреждение развития осложнений.

Сахарный диабет и дефицит витамина D

Эсаулова Т.А., Хачукаева Р.А., Исаева У.С.

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Актуальность исследования. Согласно данным современных исследований, витамин D влияет на метаболизм глюкозы и инсулина, а его дефицит является фактором риска для развития инсулинорезистентности, нарушения толерантности к глюкозе и, как следствие, сахарного диабета 2 типа (СД2).

Цель исследования. Изучить наличие дефицита витамина D у пациентов с сахарным диабетом, получивших лечение в дневном стационаре эндокринологического диспансера г. Грозного, в 2016 -2018 гг.

Методы исследования. Обследовано 35 пациентов с сахарным диабетом

2 типа. Проводилось исследование содержания витамина D – 25(ОН)D – методом хемилюминесценции. Обследовано 50 мужчин с сахарным диабетом 2 типа. В исследование не входили пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, и наличием вредных привычек.

Полученные результаты. Средний возраст больных составил 54±4,8 лет. Дефицит витамина D выявлен у 100% больных. При этом у 19 человек (54%) содержание витамина D составило ≤20 нг/мл, у остальных 16 пациентов (46%) – ≤25 нг/мл, что соответственно определялось как дефицит и недостаточность витамина.

Выводы. Данное исследование позволило отследить дефицит витамина D у лиц с сахарным диабетом, что позволило в дальнейшем рекомендовать им терапию витамином D для предупреждения развития и прогрессирования осложнений.

Распространенность синдрома Жильбера по Республике Дагестан с 2010 по август 2018 года

Эседов Э.М., Абасова А.С., Мусаева Л.Н.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность. Синдром Жильбера – доброкачественная непрямая гипербилирубинемия, обусловленная генетическими мутациями в гене фермента уридин5'-дифосфат глюкуроניзил трансферазы (УДФГТ1А1), расположенного на 2-й паре хромосом. В условиях недостатка этого фермента непрямого билирубин не может быть связан в печени, что приводит к его повышению в крови и развитию желтухи. Клиническая картина наследственной гипербилирубинемии характеризуется интермиттирующей желтухой различной степени выраженности. Синдром Жильбера, как правило, является диагнозом исключения. Установление распространенности гипербилирубинемии в популяции остается сложной задачей, в связи с отсутствием генетических исследований повсеместного характера, но несмотря на это, мы постараемся представить собранные нами данные по республике Дагестан за последние восемь лет (с 2010 по август 2018 г.)

Материалы и методы. В исследование было включено 58 больных, поступивших с холестатическим синдромом неясного генеза и умеренной гепатомегалией в специализированное гастроэнтерологическое отделение республиканской клинической больницы за последние 8 лет. Возраст больных составлял от 18 до 50 лет. ДНК-диагностика синдрома Жильбера была проведена посредством отсылки крови пациентов за пределы нашей больницы в лаборатории г. Москвы (Литех, ИНВИТРО, CMD). Среди обследованных: 52% составляли мужчины и 48%– женщины. Средний возраст пациентов – 28±7 лет. Диагностика синдрома Жильбера основывалась на данных клинической симптоматики, лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования У 10 (19%) из обследованных методом ДНК-диагностики, был верифицирован диагноз синдром Жильбера. В большинстве случаев клиническая симптоматика доброкачественной гипербилирубинемии развивалась в возрастной категории 18-35 лет, без предшествующего вирусного гепатита (73%). Больных на фоне вирусного гепатита оказалось 27%.

Выводы. Исходя из данных проведенного исследования, пациенты с синдромом Жильбера встречаются довольно редко (за 8 неполных лет – 10 больных). Однако, важно помнить и о бессимптомном течении заболевания (35%) и замаскированности другими патологиями, в связи с чем абсолютный процент заболевших, может быть выше.

Сравнительный анализ показателей центральной и церебральной гемодинамики у больных системной склеродермией

Юнонин И.Е., Шилкина Н.П., Бутусова С.В., Виноградов А.А.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Цель: оценка особенностей центральной и церебральной гемодинамики у больных системной склеродермией (ССД).

Методы: исследование проводили у 25 больных ССД и 30 здоровых лиц. Выполнялась доплерография артерий головы и шеи. Допплерография сосудов головы проводилась на ультразвуковом комплексе DOPLEX 2500, эхокардиография, доплерография магистральных сосудов шеи с дуплексным сканированием на ультразвуковом аппарате «Ультрамарк – 9» с использованием датчиков 5-10 МГц. Из лабораторных параметров оценивали скорость оседания эритроцитов (СОЭ), активность ренина и концентрацию норадреналина плазмы. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel.

Результаты. У больных системной склеродермией и группы контроля выявлены достоверные различия показателей кровотока по интракраниальным артериям. Тонус сосудов малого калибра в бассейне передней мозговой артерии у больных ССД значительно превышал аналогичный показатель в группе контроля, в частности, индекс резистентности (RI) по передней мозговой артерии (ПМА) у больных ССД составил $0,55 \pm 0,02$, у группы контроля $0,46 \pm 0,06$, $p < 0,0001$, индекс пульсационности у пациентов с ССД составил $0,89 \pm 0,05$, у здоровых $0,69 \pm 0,047$, $p < 0,0001$. У больных ССД отмечаются более высокие значения турбулентности тока крови, в частности индекс спектрального расширения (SB) в ПМА составил у больных ССД $37,1 \pm 1,44$, против $31,7 \pm 0,45$ у здоровых, $p < 0,0002$. У пациентов с ССД достоверно выше толщина интимо-медийного комплекса в сравнении с группой контроля: справа при ССД $1,02 \pm 0,06$, у здоровых $0,56 \pm 0,52$, слева составил $1,16 \pm 0,16$ против $0,54 \pm 0,49$ у группы контроля $p < 0,05$. Размер левого предсердия был достоверно больше у пациентов ССД с артериальной гипертензией (АГ) в сравнении с больными ССД без АГ ($39 \pm 1,73$ мм против $31 \pm 3,2$ мм; $p = 0,02$). Выявлены корреляции некоторых параметров центральной и церебральной гемодинамики со степенью лабораторной активности ССД. В частности, при нарастании СОЭ наблюдалось утолщение межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ЛЖ) на фоне снижения его сократительной способности. Прослеживалась прямая взаимосвязь уровня ренина с толщиной межжелудочковой перегородки – коэффициент корреляции Спирмана (R) составил $0,94$ ($p = 0,05$) и конечным диастолическим объемом левого желудочка (ЛЖ) (R был равен $1,0$ при $p = 0,04$). При повышении концентрации норадреналина в плазме крови больных ССД отмечалась тенденция к расширению аорты (R составил $0,94$; $p = 0,05$) и снижению скоростных показателей кровотока по интракраниальным артериям).

Выводы. У больных системной склеродермией отмечено снижение скоростных показателей церебральной гемодинамики, повышение индексов периферического сосудистого сопротивления и утолщение интимо-медийного комплекса по сравнению с группой контроля. Повышение концентрации норадреналина и ренина в плазме крови оказывают негативное влияние на параметры центральной гемодинамики у больных ССД.

Врожденная дисплазия соединительной ткани: роль митральной регургитации и матриксных металлопротеиназ в формировании и прогрессировании кардиального ремоделирования

Ягода А.В., Гладких Н.Н., Джазаева М.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Цель: определить факторы формирования и прогрессирования ремоделирования сердца у молодых пациентов с врожденной дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов (57 мужчин и 43 женщины, средний возраст $22,0 \pm 4,2$ года) с ДСТ. В структуре диспластических фенотипов доминировал спорадический синдром пролапса митрального клапана (ПМК) (47%), реже – первичный семейный (19%) и миксоматозный (17%) ПМК, повышенная диспластическая стигматизация (11%), неклассифицируемый фенотип (4%), доброкачественная гипермобильность суставов (2%). У всех пациентов с ДСТ исходно имелось структурное ремоделирование сердца в виде ПМК I-II степени (91%) и других малых аномалий сердца – аномально расположенных хорд (97%), аневризмы межпредсердной перегородки (14%), открытого овального окна (18%), пролапса трикуспидального клапана (2%). Митральная регургитация I степени диагностирована у 68%, II степени – у 23% пациентов. Другие ЭхоКГ-показатели, в том числе индексированные к площади поверхности тела, определялись в диапазоне нормы. Методом ИФА определяли сывороточный уровень матриксных металлопротеиназ – MMP-1, MMP-9 и тканевого ингибитора – TIMP-1. Рассчитывали коэффициенты MMP-1/TIMP-1 и MMP-9/TIMP-1. Период наблюдения составил 3 года, отклик – 82%. Условия жизни, уровень физической активности, физикальные данные у наблюдаемых пациентов в ходе исследования не менялись. «Больших» клинических событий и обусловленных диспластикозависимыми осложнениями госпитализаций не наблюдалось. Вместе с тем у 25,6% пациентов установлено прогрессирование кардиального ремоделирования в виде увеличения степени ПМК и/или нарастания индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Увеличение степени ПМК происходило в среднем на 1 мм (с $4,8$ ($4,5$; $5,1$) до $5,6$ ($5,5$; $6,0$) мм; $T = -3,7$, $p < 0,0001$), ИММЛЖ – на $14,5 \pm 6,9$ г/м² (с $78,0$ ($71,6$; $84,6$) до $93,6$ ($84,2$; $102,6$ г/м²; $T = -4,0$, $p < 0,0001$). Контрольная группа – 15 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Проводили статистический анализ. Достоверным считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. У 52% пациентов с ДСТ зарегистрировано повышение уровня MMP-1 ($\chi^2 = 12,21$, $p = 0,0004$), у 84% – MMP-9 ($\chi^2 = 42,57$, $p < 0,0001$), у 38% – MMP-1/TIMP-1 ($\chi^2 = 6,88$, $p = 0,009$) и у 63% MMP-9/TIMP-1 ($\chi^2 = 18,43$, $p < 0,0001$). Более выраженное повышение MMP-1 наблюдалось в случаях миксоматозной дегенерации ПМК и митральной регургитации II степени ($p < 0,05$). Не было выявлено зависимости между показателями системы матриксных металлопротеиназ и количеством кардиальных аномалий ($p > 0,05$). Многофакторный регрессионный анализ определил митральную регургитацию II степени ($p < 0,0001$) и коэффициент MMP-1/TIMP-1 ($p = 0,037$) как независимые прогностические факторы прогрессирования кардиального ремоделирования. На динамику кардиального ремоделирования не оказывали влияние следующие факторы: пол ($p = 0,893$); возраст (18-35 лет) ($p = 0,748$); тип конституции ($p = 0,092$); степень системного вовлечения соединительной ткани ($p = 0,967$); вариант диспластического фенотипа (первичный миксоматозный ПМК, первичный семейный ПМК и др.) ($p = 0,610$); наличие костно-суставных

дисплазий в целом ($p=0,508$) или отдельных вариантов: арахнодактилии ($p=0,302$), долихостеномелии ($p=0,636$), воронкообразной деформации грудной клетки I степени ($p=0,913$), сколиоза I-II степени ($p=0,828$), гипермобильности суставов ($p=0,275$), продольного плоскостопия I-II степени ($p=0,152$); количество малых аномалий сердца ($p=0,110$); миксоматозная дегенерация ПМК ($p=0,387$); отягощенный по ДСТ наследственный анамнез ($p=0,794$); клинически значимые аритмии – преимущественно в виде частой одиночной желудочковой экстрасистолии ($p=0,702$); хронические инфекции верхних дыхательных путей ($p=0,211$); показатели MMP-1 ($p=0,381$), MMP-9 ($p=0,219$), TIMP-1 ($p=0,054$) и MMP-9/TIMP-1 ($p=0,138$).

Выводы. 1) У пациентов с ДСТ и структурным ремоделированием сердца в виде ПМК, других малых аномалий сердца отмечается дисбаланс в системе матриксных металлопротеиназ: преобладание MMP-1 и MMP-9 над их ингибитором – TIMP-1. Более выраженные отклонения MMP-1 отмечены в случаях миксоматозной дегенерации ПМК и митральной регургитации II степени. 2) В прогрессирование кардиального ремоделирования за трехлетний период независимый вклад вносят митральная регургитация II степени и коэффициент MMP-1/TIMP-1.

Состояние процессов липопероксидации и активность ферментов антиоксидантной защиты у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита

Якимович С.Е., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки, Луганск

Одну из глобальных проблем здравоохранения составляют вирусный гепатит В (ВГВ). По данным исследования, проводившихся на территории Луганской области, наиболее поражаемыми возрастными группами при ВГВ являются взрослые: 20-29 лет, 30-39 лет, что обусловлено действием преимущественно полового (35-50%) и возрастной ролью парентерального путей передачи инфекции у наркозависимых лиц (до 40%), остальную долю в инфицировании составляет контакт с больными острыми и хроническими формами заболевания. На современном этапе ведущей патологией, сочетающейся с хронической патологией печени, является хронический некалькулезный холецистит (ХНХ). Согласно нашим данным наблюдения за последние 5-7 лет в нашем регионе количество больных, имеющих хронический некалькулезный холецистит, возрастает и дальнейшее прогрессирование данной патологии не оставляет своих позиций.

Целью нашего исследования является оценка показателей перекисного окисления липидов и активность системы антиоксидантной защиты при хроническом вирусном гепатите В на фоне хронического некалькулезного холецистита в динамике общепринятого лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 46 больных ХВГВ на фоне ХНХ. Дополнительно к общепринятому клинико-лабораторному обследованию у всех больных изучали состояние ПОЛ по содержанию в крови промежуточных продуктов перекисидации липидов. Полученные данные и их обсуждение. При изучении состояния липопероксидации было установлено, что до начала лечения больных имеет место существенная активация процессов ПОЛ, что документируется накоплением продуктов липопероксидации в сыворотке крови и снижение активности СОД и КТ. Так, концентрация конечного продукта ПОЛ – МДА в сыворотке крови составила $9,1 \pm 0,2$ мкмоль/л, что в среднем в 2,84

раза превышает показатель нормы, $P < 0,01$. Содержание промежуточных продуктов липопероксидации – ДК в крови обследованных нами больных до начала лечения составило $24,5 \pm 0,15$ мкмоль/л, что выше нормы в 2,64 раза, $P < 0,01$. Интегральный показатель ПГЭ также был достоверно повышен и составил у обследованных больных $10,3 \pm 0,2\%$, превышая норму в почти три раза. Активность КТ до начала лечения была в среднем в 1,31 раза ниже нормы, СОД – соответственно в 1,87 раз, $P < 0,05$. При повторном исследовании представленных показателей через 20-21 день от момента начала лечения наблюдается положительная динамика, но в то же время, из уровень все же достоверно остается выше показателей нормы, что говорит о сохранении повышенного уровня липопероксидации; активность ферментов АОЗ не смотря на положительный рост относительно исходных показателей на момент завершения лечения также остается отличным от нормы.

Выводы. Проведение общепринятой терапии способствует положительной динамике нормализации представленных показателей, но полного восстановления не происходит. Перспективой дальнейших исследований считаем поиск средств медикаментозной коррекции изученных нарушений системы ПОЛ и АОЗ.

Внеаксиальные проявления анкилозирующего спондилита в зависимости от его активности

Якубова У.А., Бугрова О.В., Артемова Н.Э.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбургская областная клиническая больница, Оренбург

Цель и задачи. Закономерность возникновения внеаксиальных проявлений при анкилозирующем спондилите (АС) в настоящее время не ясна. Некоторые авторы связывают их появление с высокой активностью [Эрдес Ш.Ф., Волнухин Е.В., 2014], а в других источниках данная закономерность не описана [Singh G., 2008, Aggarwal R., 2009]. Поэтому целью исследования было изучение внеаксиальных проявлений с учетом показателей активности у больных с АС.

Материалы и методы. Было проведено общепринятое обследование 70 пациентов с диагнозом АС, установленным в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями 1984 г. [Gran J. T. et al., 1993]. Для количественной оценки активности АС использованы индексы BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) по скорости оседания эритроцитов (ASDAScoз) и С-реактивному белку (ASDAScrб). У всех пациентов проведено обследование для выявления внеаксиальных проявлений на момент исследования. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10 с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. Среди 70 пациентов (49 мужчин и 21 женщина) с достоверным диагнозом АС, в среднем возрасте – $39,27 \pm 10,11$ лет, средней длительностью болезни – $17,71 \pm 9,55$ лет, в большинстве позитивных по HLA-B27 ($n=65$; 92,9%) внеаксиальные проявления АС имели 48 (68,6%) пациентов. Периферический артрит был у 24 (34,29%) пациентов, энтезит – у 41 (58,57%), дактилит – у 7 (10%), коксит – у 4 (5,71%). Контрольную группу составили 22 пациента без внеаксиальных проявлений на момент обследования. У пациентов с периферическим артритом ($n=24$) достоверно чаще выявляли высокую ($n=11$; 45,8%) и очень высокую ($n=9$; 37,5%) степень активности по BASDAI по сравнению с контрольной группой – 5 (22,7%) и 1 (4,5%) соответственно; $p < 0,001$, очень высокую степень активности по ASDAScrб ($n=16$; 66,6%) и ASDAScoз ($n=13$; 54,1%) по сравнению с группой контроля ($n=4$; 18,2%) и ($n=3$;

13,6%); $p=0,009$ и $p=0,012$. Средние значения показателей индексов активности АС в группе с периферическим артритом были значимо выше, чем в контрольной группе (BASDAI: 6,1 [4,55;7,1] против 3,55 [2,4;4,4]; ASDAScрб: 3,8 [2,8;4,5] против 2,7 [2,1;3,2]; ASDAScоэ: 4 [2,6;4,25] против 2,5 [1,8;3,3]); $p<0,05$. Однако средние значения СОЭ и СРБ оказались сопоставимы в группах периферического артрита и контроля: 23,5 [10;40,5] мм/ч и 9,66 [3,95;26,34] мг/л против 19 [8;30] мм/ч и 8,03 [2,72;18,67] мг/л соответственно; $p>0,05$. В группе пациентов с энтезитами ($n=41$) также достоверно чаще выявляли высокую ($n=19$; 46,4%) и очень высокую ($n=15$; 36,6%) степень активности по BASDAI; $p<0,001$, высокую активность по ASDAScрб ($n=23$; 56,1%) и ASDAScоэ ($n=21$; 51,2%) по сравнению с группой контроля ($n=4$; 18,2% и $n=3$; 13,6%); $p=0,026$ и $p=0,004$ соответственно. Средние показатели индексов активности в группе пациентов с энтезитами оказались ожидаемо значимо выше, чем в контрольной группе (BASDAI: 6,1 [4,9;7,4] против 3,55 [2,4;4,4]; ASDAScрб: 3,9 [2,8;4,4] против 2,7 [2,1;3,2]; ASDAScоэ: 3,5 [2,6;4,2] против 2,5 [1,8;3,3]); $p<0,05$, при статистически сопоставимых острофазовых показателях крови (СОЭ: 22 [10;33] мм/ч против 19 [8;30] мм/ч; СРБ:

9,59 [4,12;19,36] мг/л против 8,03 [2,72;18,67] мг/л); $p>0,05$. В группе пациентов с дактилитами ($n=7$) достоверно чаще выявляли очень высокую степень активности по BASDAI ($n=4$; 57,1%); $p=0,009$, при этом не было значимых отличий между степенями активности по индексам ASDAScрб и ASDAScоэ; $p=0,026$, $p=0,06$ и $p=0,126$ соответственно. Средние показатели индексов активности в группе пациентов с дактилитами оказались выше, чем в контрольной группе по индексу BASDAI: 7 [5,8;7,7] против 3,55 [2,4;4,4], ASDAScрб: 3,9 [2,8;4,6] против 2,7 [2,1;3,2] и ASDAScоэ: 4,2 [3,0;4,7] против 2,5 [1,8;3,3]; $p<0,05$. Уровни острофазовых показателей крови оказались также сопоставимы (СОЭ: 28 [9;52] мм/ч против 19 [8;30] мм/ч и СРБ: 12,88 [4,13;28,14] мг/л против 8,03 [2,72;18,67] мг/л); $p>0,05$. Статистически значимых отличий активности при наличии ($n=4$) и отсутствии коксита ($n=66$) у больных обнаружено не было, возможно, в виду малой выборки пациентов.

Выводы. Развитие внеаксиальных проявлений, очевидно, может быть связано со степенью активности АС, регистрируемой по композитным индексам активности BASDAI, ASDAScрб и ASDAScоэ, при этом отмечаются сопоставимые уровни острофазовых показателей крови (СОЭ и СРБ).

Провоспалительные цитокины при неалкогольном стеатозе печени

Дуданова О.П., Шиповская А.А., Курбатова И.В.

Петрозаводский государственный университет, Институт биологии, Карельский научный центр, Петрозаводск

Актуальность. Широко обсуждается в литературе роль провоспалительных цитокинов при неалкогольном стеатогепатите, информация же о диагностическом и клиническом значении данных пептидов при стеатозе печени малочисленная, противоречивая, и чаще авторы отрицают наличие воспаления при стеатозе печени.

Материалы и методы. Нами оценивались провоспалительные цитокины – туморнекротический фактор альфа (ТНФ-а) и интерлейкин-6 (ИЛ-6) – при неалкогольном стеатозе печени (НАСП). Обследовано 70 больных НАСП: 33 мужчины (47,1%) и 37 женщин (52,9%), средний возраст составил 53,3±11,9 года. Диагноз НАСП устанавливался на основании клинико-лабораторных, ультразвуковых, гистологических данных. Определялись: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), билирубин, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды (ТГ), С-реактивный протеин (СРП). Выполнялась абдоминальная сонография, эзофагогастродуоденоскопия. Части больным диагноз подтвержден при гистологическом исследовании печени, полученной при слепой чрескожной биопсии органа. Рассчитывался индекс фиброза NAFLD Fibrosis Score (NFS) по формуле: $-1,675 + 0,037 \times \text{возраст (годы)} + 0,094 \times \text{ИМТ (кг/м}^2) + 1,13 \times \text{натошачковая гипергликемия/диабет (да = 1, нет = 0)} + 0,99 \times \text{АСАТ/АЛАТ} - 0,013 \times \text{тромбоциты (} \times 10^9/\text{л)} - 0,66 \times \text{альбумин (г/дл)}$. Уровень ниже (-1,455) свидетельствовал об отсутствии значительного фиброза, выше (0,676) – о наличии значительного фиброза (F3-F4). ИФА-методом определялись ТНФ-а (тест-система Human TNF α Platinum ELISA, eBioscience, Австрия) и ИЛ-6 (тест-система «интерлейкин-6-ИФА-БЕСТ», Вектор-Бест, г. Новосибирск). Определялся уровень инсулина (тест-система (Insulin TEST System, США) и НОМА-IR. Критерии исключения: вирусные, алкогольные, аутоиммунные заболевания печени, острые и хронические бактериальные инфекции. Контрольную группу составили 40 здоровых лиц. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью StatGraphics 2.1. Для анализа данных применялись U-тест Манна-Уитни, корреляция Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. У пациентов НАСП традиционные лабораторные тесты, отражающие некротически-воспалительный процесс в печени, были нормальными: АЛТ – 16,4±5,8 Ед/л, АСТ – 20,8±6,3 Ед/л, билирубин – 14,7±6,9 мкмоль/л, лейкоциты – 6,6±2,4×10⁹/л, СОЭ – 11,2±7,5 мм/час, СРП – 1,7±0,4 мг/л. При гистологическом исследовании уровень стеатоза гепатоцитов составил 1,1±0,3 балла (по Brunt), не выявлялась баллонная дистрофия гепатоцитов, не было воспалительной инфильтрации во всех зонах ацинуса и в портальных трактах. В то же время уровень провоспалительных цитокинов при НАСП был достоверно выше, чем у здоровых лиц: ТНФ-а – 6,0±1,92 пг/мл против 4,3±1,3 пг/мл ($p < 0,05$) и ИЛ-6 – 5,3±3,0 пг/мл против 1,03±0,4 пг/мл ($p < 0,05$) соответственно. При гистологическом исследовании выявлялся минимальный перичеллюлярный фиброз 0,9±0,4 балла, в то же время NFS достоверно превышал таковой у здоровых доноров – (1,069±1,512) против (-2,879±0,500) ($p < 0,05$) соответственно. Маркеры холестаза были

повышенными при НАСП – ЩФ – 194,2±50,9 Ед/л против 139,2±59,4 Ед/л ($p < 0,05$) у здоровых лиц и ГГТП – 34,9±16,9 Ед/л против 21,0±5,1 Ед/л ($p < 0,05$) соответственно, как и показатели липидограммы: ТГ – 2,2±1,3 против 1,2±0,5 ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПНП – 3,5±1,1 ммоль/л против 2,7±0,9 ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно; как и НОМА-IR – 4,6±2,6 против 1,1±0,6 ($p < 0,05$) у здоровых лиц. Выявлялась достоверная прямая связь между уровнем ТНФ-а и лейкоцитами $r = 0,59$ ($p = 0,002$), отрицательная связь с ЛПВП $r = -0,42$ ($p = 0,04$). ИЛ-6 прямо коррелировал с ТГ $r = 0,73$ ($p = 0,016$), лейкоцитами $r = 0,49$ ($p = 0,04$) и обратно коррелировал с ЛПВП $r = -0,52$ ($p = 0,04$).

Выводы. При НАСП имеются признаки низкоуровневого хронического воспаления, о чем свидетельствует достоверный рост провоспалительных цитокинов (ТНФ-а и ИЛ-6) по сравнению со здоровыми лицами и корреляционная связь их с показателями липидного обмена и числом лейкоцитов.

Клинические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с избыточной массой тела

Ксенева С.И., Бородулина Е.В., Удун В.В.

Научно-исследовательского института фармакологии и регенеративной медицины им. Е.Д. Гольдберга, Томский национальный исследовательский медицинский центр российской академии наук, Томск

Одной из основных проблем общественного здравоохранения в XXI веке является избыточная масса тела и ожирение. Считается, что высокий индекс массы тела (ИМТ) ассоциируется с повышением риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), занимающей лидирующее положение среди всей патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). ГЭРБ рассматривается, как одно из кислото-зависимых заболеваний, а современные принципы терапии ГЭРБ предполагают использование ингибиторов протонной помпы (ИПП). Однако многочисленные публикации указывают на то, что доля пациентов с ГЭРБ, не в полной мере отвечающих на лечение ИПП, составляет около 30% от общей массы больных. Одной из причин недостаточной эффективности кислотосупрессивной терапии у пациентов с ГЭРБ является гетерогенность заболевания, в частности присутствие некислых гастроэзофагеальных рефлюксов. Однако в литературе отсутствуют данные о частоте встречаемости некислового рефлюкса, его роли в формировании ГЭРБ у пациентов с избыточной массой тела.

Целью работы явилось изучение клинико-лабораторных характеристик паттернов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с избыточной массой тела.

На базе клинического отделения НИИФРМ им. Е.Д. Гольдберга, ТНИМЦ РФ проведено одномоментное поперечное обследование сплошной выборки из 52 пациентов с ГЭРБ (средний возраст 44,86±1,50 лет). ГЭРБ диагностировали в соответствии с международными рекомендациями при наличии характерных симптомов или на основании результатов исследований, демонстрирующих наличие рефлюкса содержимого желудка (рН-метрия) или его повреждающее влияние (эндоскопия).

Пациенты были разделены по индексу массы тела (ИМТ) на 2 группы: с нормальной и с повышенной массой тела. Каждый участник подписывал форму информированного согласия согласно Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также суточная рН-метрия пищевода и желудка на аппарате «Гастроскан 24» («Исток-Система», г. Фрязино) по стандартной методике. Для обработки результатов использовали методы вариационной статистики. Считается, что основным и нередко единственным симптомом ГЭРБ является изжога (более чем у 80% больных). Однако пациенты с избыточной массой тела значимо чаще предъявляли жалобы на регургитацию, тогда как у пациентов с нормальной массой тела в структуре жалоб преобладала изжога ($p < 0.01$), то есть для клинической картины ГЭРБ при избыточной массе тела характерно атипичное течение. Кроме того, у 38% пациентов с ИМТ более 25 кг/м² достоверно чаще ($p < 0.01$) определялась эндоскопически негативная ГЭРБ, тогда как у пациентов с нормальным ИМТ изменения пищевода отсутствовали только у 9% и достоверно чаще выявлялся эрозивный эзофагит и язвы пищевода (91% пациентов). При анализе рН-грамм в пищеводе использовали показатели DeMeester, которые были дополнены оценкой идентичных параметров для рН более 7. Процент времени, в течение которого рН < 4, был сравним в обеих группах и значительно превышал верхние границы нормы по каждому параметру, что соответствует выраженной степени тяжести ГЭРБ. При анализе показателя DeMeester, дающего возможность количественного определения тяжести заболевания, значимой разницы между группами не выявлено: в обеих группах отмечалось превышение его референтных значений более чем в 2-3 раза. В процессе проведения суточной рН-метрии пациентам с ГЭРБ, в том числе с ее эрозивными вариантами, было выявлено, что у ряда пациентов с избыточной массой тела не отмечается патологических по количеству и длительности рефлюксов с рН < 4. В некоторых случаях возникновение симптома изжоги не совпадало с регистрируемыми кислыми забросами. Процент же времени с рН > 7 в группе пациентов с ИМТ более 25 кг/м² оказался значительно выше в положении лежа ($p < 0.01$), что свидетельствует о значимом вкладе щелочных рефлюксов в формирование ГЭРБ у данной группы пациентов. Резюмируя полученные данные, продемонстрировавшие высокую гетерогенность ГЭРБ, становится очевидным, что необходим персонализированный подход к ее терапии. У пациентов с ГЭРБ при избыточной массе тела лечение должно проводиться с учетом того, что значимый вклад в формирование болезни оказывает щелочной рефлюкс.

Опыт применения иммунохимического теста кала на скрытую кровь в локальной группе с повышенным риском развития колоректального рака

Мельникова Е.В., Реутова Ю.В., Крюкова Т.В., Завьялов Д.В.

Медицинский центр диагностики и профилактики, Ярославль

Цель работы. Изучить возможности использования иммунохимического теста на скрытую кровь (FIT) в локальной группе (работники предприятия нефтеперерабатывающей промышленности).
Материалы и методы. Для проведения скрининга были приглашены 885 работников старше 40 лет, каждому проведено анкетирование для выявления факторов риска колоректального рака (КРР) и разъяснены правила забора анализа кала для выполнения теста на скрытую кровь. Количественный тест «Колон Вью» Hb and Hb/Hp» (Биохит, Финляндия),

включающий определение гемоглобина (Hb) и комплекса гемоглобин-гаптоглобин (Hb/Hp) в образцах стула был проведен 3-кратно у 849 работников (95,9%), Средний возраст обследованных работников составил 50,2±0,6 лет. Нормой согласно инструкции производителя считали уровень Hb and Hb/Hp ниже 40 мкг/л. Статистический анализ произведен программой MedCalc V12.6.1.0. с расчетом параметрических тестов. Результаты. По результатам проведенного обследования выявлено 237 (27,9%) человека с «положительным» тестом. Средний возраст FIT – позитивных работников составил 53,2±0,5 года, из них в возрасте 40-49 лет: 88 (37,1%), 50-59 лет: 115 (48,5%) и старше 60 лет – 34 (14,3%) человек. Средний уровень Hb во всех 3 пробах (94,5 мкг/л) был выше аналогичного уровня Hb/Hp (62,1 мкг/л) ($P < 0,05$). Средний уровень Hb во всех 3 пробах был выше у работников в возрасте 50-59 лет (119,1 мкг/л) по сравнению с группами 40-49 лет: (78,2 мкг/л) и старше 60 лет: (57,4 мкг/л) ($P < 0,05$). Все FIT-положительные пациенты были направлены на колоноскопию, которая проведена у 107 человек (45,1%). Гиперпластические полипы диагностированы у 28 (26,2%), аденомы – у 34 (31,8%), дивертикулез у 10 (9,3%), геморрой у 12 (11,2%), КРР у 4 (3,7%) человек и у 19 (17,8%) человек патология толстой кишки отсутствовала. В группе пациентов с аденомами и гиперпластическими полипами чувствительность теста с определением Hb – 84,6%, специфичность – 59,2%, площадь под кривой (AUC) 0,72 (0,59-0,81). В той же группе чувствительность теста с определением Hb/Hp – 46,7%, специфичность – 97,2%, AUC 0,59 (0,46-0,69).
Выводы. В группе риска, определенной возрастом (старше 40 лет) и работой на канцерогеноопасном предприятии, отмечается высокий уровень FIT-положительных работников. По результатам выполненной колоноскопии выявлен высокий процент предраковой патологии толстой кишки. Двухэтапный скрининг КРР позволяет снизить количество необоснованно проведенных эндоскопических исследований.

Коагуляционно-литический синдром в модификации слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом

Миллер Д.А.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Цель и задачи: установить значение коагуляционно-литического синдрома (КЛС) в структурной перестройки слизистой оболочки желудка (СОЖ) и доступности лекарственных средств (ЛС) при лечении обострения хронического гастрита (ХГ).

Материалы и методы: обследовано 368 больных в период обострения и ремиссии ХГ (мужчин и женщин 1:4, средний возраст 34 года). Проводилось исследование гемостаза: АЧТВ, МНО, фибриноген плазмы крови, тромбиновое время, АТ-3, XIIa-зависимый фибринолиз, ортофенотралиновый тест (ОФТ) на полуавтоматическом анализаторе свертывающей системы крови Sysmex-50, гистологическое изучение биоптатов СОЖ с окраской гематоксилин-эозином при ув. x40-x1000.
Полученные результаты: выявлены существенные отклонения гемостаза при обострении воспаления в СОЖ, которые укладывались в гипер- и гипокоагуляционные фазы КЛС со снижением антикоагуляционной и фибринолитической функций крови и повышение уровня ОФТ, как показателя выраженности внутрисосудистого свертывания крови микрососудистого русла. Это сочеталось со значительными структурными изменениями СОЖ: внутрисосудистый стаз крови, агрегаты клеток крови, тромбы, расширение и/или сужение микрососудов, образование аневризм или их запустевание, периваскулярный отек и/или геморрагии, внутриклеточно – сдвиг ядер в сторону от ишемии,

уплотнение цитоплазмы или повышенная ее вакуолизация, явления дегенерации ядер. Наибольшими эти отклонения в гемостазе, расстройстве микроциркуляции и ремоделировании СОЖ были в период обострения воспалительного процесса, они уменьшались в ремиссию болезни, но никогда не восстанавливались полностью.

Выводы: известно, что воспаление всегда протекает с нарушением микроциркуляции, транскапиллярного обмена, развитием капиллярно-трофической недостаточности, в основе которых лежит нарушение гемостаза с ВСК и блокадой обменных микрососудов, что приводит при рецидивирующем течении заболевания к дистрофически-атрофическим процессам: исчезновению специфических клеток СОЖ, разрастанию интестинальной ткани, запустеванию и исчезновению микрососудистой сети. Это создает самоподдерживающийся процесс структурной перестройки в СОЖ не зависимо от первоначальной причины (инфекционное, иммунологическое, химическое воспаление) для дегенерации структуры стенки желудка и недостаточной доступности ЛС при коррекции этиопатогенетических механизмов у больных ХГ.

Новые подходы к коррекции моторно-эвакуаторных расстройств желудочно-кишечного тракта у больных целиакией

Орешко Л.С., Семенова Е.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Целиакия – это заболевание, относящееся к группе наследственных ферментопатий с полигенным типом наследования. Основу патогенеза целиакии составляют аутоиммунные реакции, запускающиеся при поступлении в организм глютенсодержащих продуктов и приводящие к развитию атрофической энтеропатии. Клинический симптомокомплекс включает как гастроинтестинальные проявления, так и признаки системного поражения. В ряде работ описаны различные функциональные нарушения пищеварительного тракта, которые могут проявляться и на фоне патогенетической терапии, и требуют дополнительного симптоматического лечения. Для пациентов, длительно соблюдающих аглютеновую диету (АГД), характерны моторно-эвакуаторные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), связанные с дефицитом пищевых волокон в рационе АГД. Цель: оценить эффективности применения функционального питания для коррекции моторно-эвакуаторных расстройств ЖКТ у больных целиакией, длительно соблюдающих строгую АГД.

Материалы и методы. В исследование включено 25 больных с верифицированным диагнозом целиакии, соблюдавших АГД от 1 года и более. Возраст пациентов составил от 21 года до 40 лет, соотношение мужчин и женщин – 1:5,3 соответственно. Выявление моторно-эвакуаторных нарушений до и после лечения проводилось с учетом клинических данных и показателей периферической электрогастроэнтерографии (ПЭГЭГ). ПЭГЭГ проводили на приборе гастроэнтеромонитор ГЭМ-01 «Гастроскан-ГЭМ» натощак и после стандартной пищевой нагрузки. С целью коррекции выявленных двигательных нарушений ЖКТ было использовано дополнительное функциональное питание на основе бурых водорослей. Выбор данного питания обусловлен входящими в его состав инулином, фукоиданами, флоротаннинами, альгинатами, оказывающими противовоспалительное и прокинетическое действие, а также отсутствием в его составе глютена. Курс функционального питания длился 2 месяца по схеме: 40 г 2 раза в день за 15–20 минут до еды. Статистическая обработка выполнялась на ПК с использованием стандартного пакета программ Statistica v. 10.

Результаты. Ведущим в клинической картине у обследованных было нарушение стула по типу констипации – у 100% с частотой от 1 до 4 раз в неделю; симптомы кишечной диспепсии: урчание в животе – у 68,9%, вздутие живота – у 78,4%, абдоминальные боли – у 67,1% пациентов; кроме того, симптомы желудочной диспепсии: 47,5% пациентов отмечали тошноту, 43,8% – отрыжку и 37,6% – изжогу. По данным ПЭГЭГ показатели тонической и пропульсивной активности на частоте толстой кишки характеризовались низкими значениями в обе фазы исследования, что расценивалось как проявления гипотонической и гипокинетической дискинезии. Так, среднее натощаковое значение PIPs составило 48,8 [39,8; 54,0], Kritm – 12,7 [8,5; 15,4]; после пищевой стимуляции значение PIPs составило 39,53 [32,7; 49,3], Kritm – 12,38 [10,6; 15,4]. После курса функционального питания отмечалась положительная клиническая динамика в виде увеличения частоты стула до 3–6 раз в неделю, запоры отмечали 32,5% пациентов, вздутие живота – 34,5% пациентов, урчание в животе – 21,7% пациентов, абдоминальные боли до 22,5%, ($p < 0,001$). Статистически значимых изменений остальных жалоб не было. По данным ПЭГЭГ выявлено повышение показателей PIPs натощак до 56,91 [52,4; 60;0], PIPs после еды до 45,04 [40,6; 49,5] и Kritm натощак до 16,02 [9,4; 21,4], Kritm после еды до 15,02 [12,2; 18,7] на частоте толстой кишки. Выводы. Дополнительное питание на основе бурых водорослей, обогащенное пищевыми волокнами, оказывало положительное терапевтическое влияние и способствовало нормализации моторно-эвакуаторной деятельности толстой кишки, что подтверждалось клиническими данными и результатами ПЭГЭГ. Применение данного продукта может быть рекомендовано в качестве симптоматической терапии больным целиакией с констипационным синдромом на фоне длительного соблюдения АГД.

К вопросу о персонифицированной медицине и стратегии активного долголетия

Пальцев А.И.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

«Поменьше лекарств, только то, что необходимо больному», – Б.Е. Вотчал. Корреспондент американского журнала The New Yorker, дважды лауреат премии «За достижение в области медиа» Майкл Спектер, в одной из статей, опубликованной в названном журнале писал: «Эпоха патерналистской медицины, когда доктор знает лучше, а пациент счастлив, что у него есть врач, закончилась». Кстати вторую премию он получил за статью «Опустошение», посвященную проблеме СПИДА и демографического провала в нашей стране. Вместе с тем, практически с самого зарождения профессии врача был очевиден крайний патернализм. Великий Гиппократ, которого мы называем «Отцом медицины» был и отцом медицинского патернализма. Достаточно вспомнить его знаменитую клятву: «Наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанных обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому». А что касается пациентов, то здесь он выражался конкретно: «Врачу следует скрывать от больного многое, включая будущее или нынешнее состояние пациента». Эти установки значительно позже развивали врачи древности, так в IX веке один арабский врач писал: «Тот, кто хулит искусство медицины, хулит деяния Аллаха, всемогущего создателя». Иудейский врач IX века Исаак Израэли убеждал: «Успокойте пациента и заявите, что ему ничто не угрожает, даже если вы сам в этом не уверены, ибо так вы укрепите его жизненные силы». Двухтысячный год в истории человечества охарактеризовался тем, что американский

биохимик Дж. Уотсон и английский биолог Фр. Крик расшифровали геном человека, в связи с чем текущий век обоснованно называют веком генетики. Профессор генетики Черч писал: «Грядет эра персонализированной медицины и готовиться к ней нужно уже сегодня». Персонализированная медицина представляет собой интегральную медицину, которая включает разработку персонализированных средств диагностики и лечения на основе геномики, протеомики и других омик. Медицина XXI века – это медицина четырёх «П» – предиктивная (предсказательная), предупредительная (профилактическая), партисипаторная – пациент является участником процесса и персонализированная (индивидуальная). ПППМ её задачами являются: понимание молекулярных механизмов заболевания, создание лекарственных средств, наиболее эффективно действующих на нужные мишени, более глубокое понимание для различных популяций патогенеза заболеваний. По мнению А. Чеханова, в будущем мы сможем вмешиваться в поврежденный геном и исправлять мутации. В «этом, – как он говорит, – одна из главных «фишек» грядущей медицины». Исходя из изложенного, клиницист должен получать информацию из трех основных источников: генеалогического дерева, анализа болезни и анализа жизни. Клиницист должен знать, что гены, отвечающие за восприимчивость к заболеваниям в большинстве случаев приводит к ним. Существуют гены, увеличивающие восприимчивость к ряду заболеваний, но если образ жизни способствует этому. Можно не заболеть, если подобрать соответствующий образ жизни(!). Образно говоря генетика «заряжает ружьё», но «курок спускает» окружающая среда. Что сегодня нужно делать для реализации ПППМ? Необходимо: создать нормативно-правовую программу, определить каналы финансирования отрасли, уточнить нормы регулирования отношений врача и пациента, разработать систему ознакомления с новой дисциплиной, радикально изменить систему подготовки кадров, открыть в начале кафедры, а позже факультеты ПППМ. Необходимо целостное изменение всей идеологии здравоохранения и прежде всего системы подготовки кадров нового поколения.

Эффективность послеоперационной противорецидивной терапии при болезни Крона

Полетова А.В., Халиф И.Л., Варданян А.В.

Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих МЗ РФ, Москва

Цель работы: сравнить эффективность иммуносупрессивных и биологических препаратов в качестве послеоперационной профилактики рецидива болезни Крона (БК).

Материалы и методы: проведено ретроспективное рандомизированное исследование, включающее 91 пациента с БК, прооперированного в период с 2010 по 2017 гг. в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. Критерия включения: подтвержденный диагноз БК, отсутствие воспалительных изменений в оставшихся отделах кишечника после хирургического лечения. Критерия исключения: поражение тощей кишки, наличие предыдущего хирургического вмешательства на кишечнике в анамнезе, удаление толстой кишки при БК толстой кишки. После оперативного вмешательства пациенты были распределены на 3 группы. В первой группе проводилась терапия азатиоприном, во второй – адалимумабом, в третьей – комбинированной терапией. Оценка активности заболевания проводилась через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства.

Результаты: все пациенты были оценены на наличие отличий по ряду параметров: полу, возрасту, длительности течения заболевания, протяженности поражения, наличию перианальных проявлений БК,

характеру хирургического вмешательства, проводимой ранее терапии. Статистически достоверных отличий между группами ни на одном из этапов оценки проводимой терапии не получено. В то же время безрецидивных больных в группе комбинированной терапии было больше.

Выводы и заключение: частота обострений БК на фоне послеоперационной противорецидивной терапии не зависит от конкретного препарата, а также от демографических и анамнестических параметров. Необходим более тщательный отбор пациентов для назначения терапии.

Апоптоз гепатоцитов при алкогольном циррозе печени

Родина А.С., Дуданова О.П., Шубина М.Э., Курбатова И.В.

Петрозаводский государственный университет, Институт биологии, Карельский научный центр РАН, Петрозаводск

Обоснование. Апоптоз является одной из форм гибели гепатоцитов при хронических заболеваниях печени и имеет важное значение в развитии печеночной декомпенсации. Данные о роли апоптоза печеночных клеток при алкогольном циррозе печени (АЦП) немногочисленные и противоречивые (Mueller S. et al., 2017; Woolbright B. L., Jaeschke H., 2018). Целью исследования явилась оценка апоптоза гепатоцитов при АЦП в зависимости от стадии развития заболевания и активности некротическо-воспалительного процесса (НВП).

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента АЦП: мужчин – 23 (44,2%), женщин – 29 (55,8%) в возрасте 54,2±8,9 года. Цирроз печени класса А по Child-Pugh выявлялся у 9 (17,3%), класс В – у 29 (55,8%) и класс С – у 14 (26,9%) пациентов. Контрольную группу составили 39 здоровых лиц, мужчин – 23 (59,0%), женщин – 16 (41,0%) в возрасте 37,6±9,8 года. В качестве маркера апоптоза гепатоцитов в крови определялся уровень фрагментов цитокератина 18 (ФЦК-18) методом ИФА (тест-система TPS ELISA, Biotech, Швеция). Диагноз АЦП устанавливался на основании традиционных клинико-лабораторных и инструментальных данных. Оценивались печеночные функциональные тесты: уровень аланинаминотрансферазы (АЛАТ), аспартатаминотрансферазы (АСАТ), билирубина, альбумина, протромбина, С-реактивного протеина (СРП), альфафетопротеина (АФП) и другие тесты (Random Access A-25, BioSystems, Испания). Выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, доплерография портального кровотока (Vivid Pro-7, General Electric, USA), фиброзофагогастроскопия. Критерии исключения: вирусные, аутоиммунные поражения печени, неалкогольная жировая болезнь печени. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью StatGraphics 2.1. Для анализа данных применялись U-тест Манна-Уитни, корреляция Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. При АЦП среднее содержание ФЦК-18 составило 579,1±487,7 Ед/л, что в 7 раз превышало уровень данного показателя у здоровых лиц – 82,8±18,3 Ед/л ($p < 0,0001$). Другие важные показатели клеточной гибели – аминотрансферазы изменялись незначительно: уровень АЛАТ практически не превышал норму – 42,2±39,6 Ед/л, а АСАТ превышал норму в среднем не более, чем в 2 раза, составив 78,6±53,5 Ед/л. Уровень ФЦК-18 зависел от стадии развития ЦП: при классе А он был минимальным – 289,1±305,8 Ед/л, при классе В – максимальным – 633,4±538,5 Ед/л ($p < 0,05$) и при классе С незначительно ниже, чем при классе В – 539,4±598,2 Ед/л ($p < 0,05$ по сравнению с классом А). Слабый НВП (СНВП) выявлялся у 11 (21,1%) пациентов, умеренный (УНВП) – у 13 (25,0%) и высокий (ВНВП) – у 28 (53,8%). Уровень ФЦК-18 зависел от выраженности НВП: при СНВП он составил 297,1±349,2 Ед/л, при УНВП – 336,3±239,5 Ед/л ($p > 0,05$) и при

ВНВП – 729,3±524,7 Ед/л ($p < 0,05$). Отмечалась достоверная прямая связь ФЦК-18 с активностью АЛАТ: при СНВП – $r = 0,48$ ($p < 0,05$), при УНВП $r = 0,36$ ($p < 0,05$) и при ВНВП – $r = 0,35$ ($p < 0,05$); с уровнем билирубина – $r = 0,41$ ($p < 0,05$), $r = 0,36$ ($p < 0,05$), $r = 0,26$ ($p > 0,05$) соответственно; с уровнем СРП при ВНВП – $r = 0,71$ ($p < 0,05$) и с уровнем АФП при ВНВП – $r = 0,51$ ($p < 0,05$). Уровень ФЦК-18 в целом обратно коррелировал с показателями белковосинтетической функции гепатоцитов: с содержанием альбумина $r = -0,39$ ($p < 0,05$) и протромбина – $r = -0,35$ ($p < 0,05$).

Выводы. Гибель печеночных клеток при алкогольном циррозе печени происходила преимущественно за счет апоптоза, а не некроза, о чем свидетельствовал 7-кратный рост в крови содержания фрагментов цитокератина-18 и лишь 2-кратный подъем АСАТ. Максимальной степени апоптоз гепатоцитов достигал при В классе цирроза печени. Показатель апоптоза гепатоцитов прямо коррелировал с маркерами некротически-воспалительного синдрома – активностью аминотрансфераз, концентрацией билирубина, СРП, альфафетопротеина и обратно коррелировал с маркерами белковосинтетической функции гепатоцитов – уровнем альбумина и протромбина.

Коморбидное течение язвенной болезни и остеопороза в аспекте кальциево-фосфорного баланса

Фомина Л.А., Фомина М.П.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Коморбидность – актуальная проблема современной медицины, характеризующаяся изменением течения болезней с преобладанием более тяжелых их форм, более быстрым прогрессированием заболеваний, что связано с суммированием патогенетических механизмов нескольких патологий. Установлено, что в патогенезе язвенной болезни (ЯБ) принимает участие кальцийрегулирующая система (КРС). Рецидив заболевания протекает на фоне повышения активности парациитовидных желез с увеличением синтеза паратирина, что приводит к повышению кальция и снижению фосфора крови. Эти функциональные изменения в КРС способствуют активации кислотно-пептического фактора, нарушению моторной функции желудка, расстройству микроциркуляции и гемостаза, развитию и активации язвенного процесса в гастродуоденальной зоне. В основе остеопороза (ОП) лежат нарушения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и кальциево-фосфорного метаболизма. Т.е. нарушения КРС характерны и для ЯБ, и ОП.

Цель исследования. Изучить распространенность и выраженность нарушений МПКТ при ЯБ, состояние кальциево-фосфорного баланса, его гендерные и возрастные аспекты при коморбидном течении ЯБ и ОП.

Материалы и методы. Обследовано 216 человек (44 мужчины и 172 женщины, средний возраст 53,42±13,70 года) с ЯБ в стадии ремиссии, о чем свидетельствовало отсутствие клинических и эндоскопических признаков рецидива заболевания. У всех пациентов кроме клинического и эндоскопического исследований проводились изучение кальция и фосфора крови, дихроматическая рентгеновская денситометрия с вычислением Т-критерия шейки бедра (ШБ) и поясничного отдела позвоночника (ПОП).

Результаты. Исследования показали, что ЯБ протекает на фоне снижения МПКТ, Т-критерий ШБ в среднем составил $-1,66 \pm 1,31$ SD, ПОП – $(-0,90) \pm 1,47$ SD. При уточнении состояния костной ткани в зависимости от пола больных установлено, что у женщин эти показатели были меньше (ШБ – $(-1,79) \pm 1,43$ SD, ПОП – $(-1,25) \pm 1,47$ SD), чем у мужчин (ШБ – $(-0,63) \pm 0,85$ SD, ПОП – $0,12 \pm 1,47$ SD). У 69 обследованных (31,9%) по данным денситометрии выявлялся ОП, у 74 пациентов (34,3%) – остеопения. Т.о. нарушения МПКТ определялись у 66,2% всех обследованных пациентов с ЯБ. Исследование кальциево-фосфорного баланса установило, что у всех обследованных с ЯБ уровень кальция крови в среднем составил $2,21 \pm 0,14$ ммоль/л, что значимо ($p < 0,05$) превышало его значение у здоровых лиц ($2,04 \pm 0,18$ ммоль/л), фосфора – $1,05 \pm 0,08$ ммоль/л, что несколько ниже нормальных показателей ($1,08 \pm 0,1$ ммоль/л). У обследованных до 50 лет уровень кальциемии был существенно ($p < 0,05$) ниже ($2,12 \pm 0,15$ ммоль/л) и значимо не отличался от его значения у здоровых, чем у пациентов старше 50 лет ($2,25 \pm 0,17$ ммоль/л). Фосфатемия у обследованных этих возрастных категорий существенно не различалась ($1,06 \pm 0,09$ ммоль/л и $1,05 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно). Выделив среди пациентов до 50 и старше 50 лет группы мужчин и женщин установлено, что значимых гендерных различий у лиц до 50 лет в показателях кальциево-фосфорного баланса не выявлено. Иные результаты получены в группах старше 50 лет. Кальций крови у женщин был существенно ($p < 0,05$) выше его значения у мужчин ($2,28 \pm 0,12$ ммоль/л и $2,16 \pm 0,13$ ммоль/л соответственно), а фосфор крови несколько ниже ($1,04 \pm 0,10$ ммоль/л и $1,05 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно). Исследования кальциево-фосфорного баланса у лиц с коморбидным течением ЯБ и ОП выявило его значимые изменения по сравнению с пациентами с ЯБ и нормальными значениями МПКТ. У первых уровень кальция составил $2,35 \pm 0,11$ ммоль/л, а только при ЯБ – $2,15 \pm 0,12$ ммоль/л. Фосфор крови при коморбидной патологии был $1,04 \pm 0,10$ ммоль/л, только при ЯБ – $1,06 \pm 0,08$ ммоль/л.

Выводы. ЯБ протекает на фоне снижения МПКТ, с более выраженными ее изменениями у женщин. ОП отмечается больше чем у 30% обследованных лиц с ЯБ, с такой же частотой определяется остеопения. У пациентов с ЯБ уровень кальция крови выше, а фосфора ниже показателей здоровых лиц, при этом выявляются определенные возрастные и гендерные изменения кальциево-фосфорного баланса. При коморбидном течении ЯБ и ОП отмечаются более значимые изменения кальция и фосфора крови по сравнению с пациентами только с ЯБ.

Конкурс молодых терапевтов

Индивидуализация прогноза у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий по результатам трехлетнего наблюдения

Агибова Н.Е., Боева О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Введение. Риск ишемического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в 5 раз выше, чем на фоне синусового ритма. Для оценки риска тромбозомболических осложнений (ТЭ) у пациентов с неклапанной ФП используется клиническая шкала CHA2DS2-VASc. Относительная ненадежность оценки риска ТЭ у больных неклапанной ФП, основанной на учете быстро изменяющихся в процессе наблюдения клинических факторов, стала очевидной в результате валидации данной шкалы.

Идея. Учитывая, что уровень факторов свертывания крови и генетическая предрасположенность к тромбозам в значительной мере оказывают влияние на процесс тромбообразования, изучение данных маркеров представляется перспективным для индивидуализации подхода к прогнозированию ТЭ и выбору профилактической стратегии у пациентов с неклапанной ФП.

Цель исследования: изучить новые маркеры в аспекте прогнозирования тромбозомболических осложнений у больных неклапанной фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. В когортное проспективное исследование включены 102 больных неклапанной ФП с 0-2 дополнительными факторами риска ТЭ, помимо женского пола (≤ 2 баллов у мужчин и ≤ 3 баллов у женщин по шкале CHA2DS2-VASc). Специальные методы исследования включали типирование полиморфизмов G(-455)A гена фибриногена В (FGB), G10976A – гена фактора VII (FVII), C807T – гена интегрин $\alpha 2$ (ITG $\alpha 2$), T1565C – гена интегрин $\beta 3$ (ITG $\beta 3$) и C3550T – гена гликопротеина Iba (GPIIb α), определение концентрации VII и XII факторов свертывания методом иммуноферментного анализа и уровня фибриногена плазмы крови методом Клаусса. Период наблюдения составил 36 месяцев. Конечными точками считали развитие ишемического инсульта, транзиторной ишемической атаки или артериальной тромбозомболии иной локализации. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistica 20. Нормальность распределения оценивали с помощью теста Шапиро-Уилка, межгрупповые различия – при помощи t-критерия Стьюдента, U критерия Манна-Уитни. Различия между долями оценивали с помощью критерия χ^2 Пирсона, точного критерия Фишера. Построение прогностической модели осуществляли методом логистического регрессионного анализа. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. За период наблюдения конечных точек достигли 14 (13,7%) больных, ишемический инсульт зафиксирован в 13 (92,9%) случаях, транзиторная ишемическая атака – у одного больного (7,1%). Пациенты объединенной группы гомо- и гетерозиготных носителей полиморфной аллели (-455)A (GA+AA) гена FGB чаще достигали конечных точек, чем гомозиготы GG (64,2% против 35,7%, $p=0,006$). Пациенты с генотипами TT и (СТ+ТТ) гена ITG $\alpha 2$ чаще достигали конечных точек, чем гомозиготные носители дикой аллели. Уровень фибриногена в плазме крови был достоверно выше в объединенной группе (GA+AA) по сравнению с группой GG гена FGB (2,8 (2,4–2,9) г/л против 2,5 (2,3–2,6) г/л, $p=0,002$). Кроме того,

уровень фибриногена был на уровне тенденции выше в группе пациентов, достигших конечных точек, по сравнению с группой без таковых (2,7 (2,45–3,03) г/л против 2,51 (2,3–2,8) г/л, $p=0,087$). Связи уровня факторов VII и XII в плазме крови с развитием конечных точек не выявлено. Не выявлено ассоциации между наличием полиморфизмов G10976A гена FVII, T1565C гена ITG $\beta 3$ и C3550T гена GPIIb α с развитием конечных точек. По результатам трехлетнего наблюдения создана прогностическая модель, включающая стаж ФП, наличие ишемической болезни сердца, размер левого предсердия, уровень фибриногена плазмы крови и наличие полиморфной аллели 807T гена ITG $\alpha 2$. Специфичность данной модели составила 98,9%, чувствительность – 64,3%. Информационная способность модели в целом составила 94,1%. Обсуждение. Прогностическая модель, разработанная на основе комплекса немногочисленных клинических и лабораторных маркеров в сочетании с генетическим предиктором, продемонстрировала высокую надежность в предсказании фактического количества ТЭ у больных неклапанной ФП с 0-2 дополнительными факторами риска, помимо пола, в течение 3-х лет наблюдения. Применение данного способа прогнозирования позволяет индивидуализировать прогнозирование риска ТЭ и представляется перспективным дополнительным инструментом в принятии решения в отношении лечебно-профилактической стратегии в разных клинических ситуациях при неклапанной ФП. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Ставропольского государственного медицинского университета (протокол № 26 от 22 марта 2013 года).

Ранние нарушения углеводного обмена как проблема современной медицинской практики

Азисова Э.М., Рябушева С.А.

Областная клиническая больница №2, Тюмень

Цель исследования. Выявить и охарактеризовать наиболее значимые факторы, приводящие к несвоевременному выявлению ранних нарушений углеводного обмена (РНУО) и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Задачи исследования. 1. Охарактеризовать клинико-лабораторные показатели пациентов с впервые выявленным СД 2 типа. 2. Выявить наиболее значимые факторы риска (ФР) нарушений углеводного обмена. 3. Выяснить частоту предшествующих РНУО у пациентов и охарактеризовать особенности их ведения на амбулаторном этапе до верификации диагноза. Материалы и методы. В исследование был включен 71 пациент с впервые выявленным СД 2 типа (средний возраст: $65,3 \pm 9,5$ лет; 55% мужчин, 45% женщин; средний уровень HbA1C – $11,6 \pm 2,5\%$). Разработана индивидуальная карта пациента, анкета для оценки информированности о предиабете, вопросы по выявлению основных ФР развития СД 2 типа и для оценки особенностей течения заболевания, его лечения, ведения пациентов на амбулаторном этапе до верификации диагноза. В ходе исследования проведено анкетирование 45 терапевтов ЛПУ г.Тюмени для анализа скрининга и тактики ведения пациентов с РНУО. Статистический анализ осуществлялся с использованием программ Excel и Statistica 6,0. Проведен корреляционный анализ Спирмена, сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверность оценивалась при $p < 0,05$.

Результаты. Были выявлены наиболее значимые ФР: гиподинамия (73,2%), семейный анамнез (71,8%), ожирение (43,7%), избыточная масса тела (35,5%); неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) (87,3%),

артериальная гипертензия (АГ) (81,7%), гипертриглицеридемия (73,7%). Наиболее часто встречалось сочетание семи ФР (35% мужчин, 34,4% женщин). Статистически значимые гендерные различия выявлены для следующих ФР: семейный анамнез ($p < 0,05$), избыточная масса тела ($p < 0,05$), ожирение 1, 2 степени ($p < 0,01$) с преобладанием у мужчин семейного анамнеза, избыточной массы тела, у женщин – ожирения 2 степени. При ретроспективной оценке риска по шкале FINDRISK в изучаемой группе были выявлены пациенты с низким и незначительным риском (8,2% и 18,3%). Была установлена статистически значимая положительная зависимость балла по данной шкале с уровнем HbA1C ($r = 0,37$, $p < 0,05$). Анализ амбулаторного ведения пациентов: диагноз РНУО был верифицирован у 15,5% пациентов, HbA1C и пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) не использовались для верификации диагноза. 70% исследуемых не имели никаких рекомендаций, 25% терапевтов рекомендовали изменение образа жизни (физическую активность, диету), только 5% назначали медикаментозную терапию. Прием препарата был самостоятельно отменен пациентами, но 70% привержены в плане немедикаментозной терапии. По данным анкетирования 75% врачей знают критерии и 84,4% осведомлены о ФР предиабета. 78% врачей проводят скрининг среди пациентов старше 45 лет и имеющих ФР. При повышенной гликемии натощак 71% врачей назначал один/несколько дополнительных методов исследования и рекомендовал немедикаментозную терапию (69%), только 2% назначали медикаментозную терапию (метформин).

Заключение. 1. Анализ ФР у пациентов СД 2 типа продемонстрировал преобладание НАЖБП, АГ, гипертриглицеридемии, гиподинамии, а также факт манифестации СД 2 типа при наличии 1-2 факторов риска. 2. При сопоставлении показателей FINDRISK с анализируемыми ФР выявлена вероятность развития СД 2 типа даже при минимальном риске (8,2% и 18,3%). 3. Анализ терапии пациентов, наблюдающихся с предиабетом, продемонстрировал крайне низкую приверженность к медикаментозной терапии. 4. Часть терапевтов имеют низкую приверженность к активной терапевтической тактике (метформин) пациентам с РНУО, а также при наличии ФР редко проводят расширенное исследование показателей углеводного обмена (ПГТТ и HbA1c) при нормогликемии натощак.

Практические рекомендации. 1. Необходим учет первостепенной прогностической значимости таких ФР: возраст, ИМТ, НАЖБП, АГ, гипертриглицеридемия, гиподинамия при оценке риска развития СД 2 типа в популяции. 2. Требуется проведение расширенного скрининга и/или исследования различных показателей углеводного обмена (HbA1c и ПГТТ) при низком риске развития РНУО и СД 2 типа по опроснику FINDRISK. 3. При выявлении предиабета – проведение разъяснительных бесед с пациентами, школ по вопросам предиабета. Повышать информированность населения по вопросу РНУО. 4. Важно привлечение внимания к проблемам предиабета среди терапевтов в рамках проведения «круглых столов», клинических разборов и научно-практических конференций по данной теме.

Оценка толстокишечной проницаемости у пациентов с аутоиммунным гепатитом в зависимости от клинических проявлений заболевания

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

*Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница, Казань*

Цель и задачи. Изучить толстокишечную проницаемость у пациентов с аутоиммунным гепатитом (АИГ) в зависимости от клинических проявлений заболевания.

Материал и методы. Проспективно в исследование было включено 56 человек. Из них 26 с диагнозом АИГ, 30 здоровых лиц. Диагноз АИГ устанавливали согласно современным рекомендациям - IAHG. Средний возраст при АИГ составил – $49,7 \pm 13,8$ лет, в группе контроля – $48,6 \pm 9,2$ лет. Определение толстокишечной проницаемости проводилось с помощью определения сукралозы мочи, нмоль/л, с использованием метода высокоэффективной жидкостной хроматографии – масс-спектрометрией. **Результаты.** Пациенты с АИГ были разделены на стадии гепатит и цирроз печени (ЦП). Толстокишечная проницаемость на стадии гепатита была сопоставима с группой контроля – $574,4 [372,8; 820,8]$ нмоль/л ($p > 0,05$). У пациентов с ЦП в исходе АИГ было выявлено повышение уровня сукралозы мочи – $1091,2 [760; 2352]$ по сравнению с группой контроля $785,6 [408; 1027,2]$ ($p < 0,05$). В зависимости от наличия тяжелых проявлений заболевания – синдрома портальной гипертензии (ПГ) и синдрома печеночно – клеточной недостаточности (ПКН) были выявлены изменения толстокишечной проницаемости. Показатель толстокишечной проницаемости был достоверно выше у пациентов с наличием синдрома ПГ – $1396,8 [849,6; 2352]$ ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля, а также пациентов без синдрома ПГ – $648 [382,4; 897,6]$ нмоль/л. У пациентов с присоединением синдрома ПКН также была повышена толстокишечная проницаемость – $1398,8 [1019,2; 2544]$ нмоль/л ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля. У пациентов без синдрома ПКН толстокишечная проницаемость была не изменена $764,8 [508,8; 1888]$ ($p > 0,05$). **Выводы.** У пациентов с АИГ на стадии гепатит и без синдромов ПГ и ПКН толстокишечная проницаемость не достигла цифр достоверности ($p > 0,05$). У пациентов с ЦП в исходе АИГ и с присоединением таких синдромов как ПГ и ПКН было выявлено повышение толстокишечной проницаемости ($p < 0,05$). Можно предположить, что повышение толстокишечной проницаемости у пациентов с ЦП в исходе АИГ, наличия синдромов ПГ и ПКН свидетельствует о прогрессировании заболевания.

Виды анемий и их распространенность в отделениях терапевтического стационара

Акимова А.В., Качанова О.Н., Ржаникова Д.Д., Невская А.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
Центральная городская клиническая больница №6, Екатеринбург*

Введение. Анемия – состояние, при котором наблюдается снижение гемоглобина и/или снижение эритроцитов в единице объема крови. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет критерии анемии: для мужчин – гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты менее 4×10^{12} /л, гематокрит менее 39%; для женщин – гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее $3,8 \times 10^{12}$ /л, гематокрит менее 36%. По данным ВОЗ, распространенность анемий с 1993-2005 гг. в мире 1,62 миллиарда человек (24,8%).

Цель исследования – оценить частоту и структуру анемий в отделениях терапевтического стационара МАУ ЦГКБ №6 г. Екатеринбурга.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 1371 истории болезни пациентов, выбывших из терапевтического стационара МАУ ЦГКБ №6 в период с 1 июля по 30 сентября 2017 года. Проанализировано в пульмонологическом отделении 270 историй болезни, в гастроэнтерологическом – 181, в нефрологическом – 147, в кардиологическом – 387, в ОНТ – 386. Критерий отбора – уровень гемоглобина менее 120 г/л у женщин и менее 130 г/л у мужчин. В исследовании оценивали пол, возраст пациентов, выделение анемии как диагноза (основное, осложнение основного, сопутствующее заболевание), степени тяжести анемии, показатели общего анализа крови (гемоглобин,

эритроциты, гематокрит, средний объем эритроцита, среднее содержание гемоглобина в эритроците, ретикулоциты, относительное содержание гемоглобина в эритроцитах – цветовой показатель), уровень железа сыворотки, ферритина, цианокобаламина, фолиевой кислоты, проведение гемотрансфузий. Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica for windows v.10 с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия признаны достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение Анализ историй болезни за период с 01.07.2017 г. по 30.09.2017 г. выявил 366 случаев анемии (26,7%): в пульмонологическом отделении – 28, в гастроэнтерологическом – 55, в нефрологическом – 61, в кардиологическом – 102, в отделении неотложной терапии (ОНТ) – 120. Средний возраст пациентов составил – 64,4 ($\pm 16,6$) лет. Среди случаев анемии в ОНТ, первое место занимала железодефицитная анемия (ЖДА) – 29,58%, второе – анемия хронического заболевания (АХЗ) – 17,28%. АХЗ в ОНТ чаще была ассоциирована с активными онкологическими заболеваниями. В пульмонологическом – с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), бронхитическим фенотипом ХОБЛ. В отделении гастроэнтерологии – с хроническим панкреатитом. В нефрологическом отделении – с хронической болезнью почек. В кардиологическом отделении АХЗ ассоциирована с ХСН. Выявлено, что чаще анемии любого генеза встречаются у женщин. Так в ОНТ соотношение мужчин и женщин составило 35,08 и 64,92%, в пульмонологическом отделении – 42,86 и 57,14%, в гастроэнтерологическом – 22,95 и 77,05%, в нефрологическом – 43,64 и 56,36% и в кардиологическом отделении 31,37 и 68,63% соответственно. Этиология анемии не была определена и/или указана в диагнозе у 80 пациентов стационара (21,8%). При анализе данной группы пациентов выявлено, что они пребывали в стационаре меньше число койко-дней, имели признаки нормохромной нормоцитарной анемии с медианой гемоглобина 92 ($73,2 \div 107$) г/л. Пациенты с пониженным гемоглобином госпитализируются по поводу декомпенсации ХСН в 3 раза чаще, чем с нормальным уровнем гемоглобина. Из 189 случаев, когда анемия не была вынесена в диагноз, 109 пациентов имели сопутствующую ХСН. Всего в течение 3 месяцев по отделениям терапевтического стационара не было вынесено в диагноз 105 случаев анемии из 366 (28,7%). Анализ историй болезни показал, что пациенты имели следующие медианы основных показателей крови: гемоглобин 116 ($110 \div 118$) г/л, эритроциты $3,87(3,6 \div 4,1) \cdot 10^{12}/л$, МСН 29,9 ($27,8 \div 31,5$), MCV 86,6 ($81 \div 92,7$), железо сыворотки 7,7 ($4,3 \div 11,1$) мкмоль/л.

Выводы 1. Выявлено 26,7% анемий в отделениях терапевтического стационара. Наибольшая частота анемий – в нефрологическом отделении (37,4%), наименьшая – в пульмонологическом (10,4%). 2. Этиология анемии не вынесена в диагноз в 21,8% случаев нормохромной нормоцитарной анемии 1-2 степени тяжести. 3. Не вынесена в диагноз анемия в 28,7% случаев легкой нормохромной нормоцитарной анемии с медианой гемоглобина 116 ($110 \div 118$) г/л. 4. Чаще всего анемия в терапевтическом стационаре была ассоциирована с ХСН, ХБП, онкологическими заболеваниями.

Влияние комбинированной терапии на сосудистую реактивность у больных сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса

Ахильгова З.М., Куркина М.В., Автандилов А.Г.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Частота сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) достигает 50% от общего числа всех

больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). С учетом фенотипического разнообразия СНсФВ, врачу приходится оценивать вклад каждого из сопутствующих заболеваний в развитие СНсФВ. На сегодняшний день доказано, что главными факторами развития СНсФВ являются возраст и артериальная гипертензия (АГ). Предполагается, что основными сосудистыми расстройствами, приводящими к формированию СНсФВ, являются нарушения на уровне микроциркуляторного русла, меняющие кровообращение и формирующие фиброз в органах-мишенях (миокарде, сосудистой стенке и т.д.). При этом вопросы лечения СНсФВ остаются до конца нерешенными. Доказана роль блокаторов рецепторов ангиотензина II (АТ II), обладающих антифибротическими эффектами. Известны эффекты антагонистов кальция, заметно снижающих тонус мелких сосудов. Также получены доказательства положительного влияния индапамида на метаболизм соединительной ткани и чувствительность сосудистой стенки к норадреналину и АТ II. В ряде проведенных в последние годы исследований не наблюдалось явного преимущества при использовании какого-либо из перечисленных выше препаратов в оценке качества жизни и исходов у пациентов с СНсФВ. В связи с чем, идеей настоящего исследования явилось использование комбинации препаратов для лечения пациентов с СНсФВ.

Цель. Изучение влияния тройной стартовой комбинированной терапии на сосудистую реактивность у больных с СНсФВ.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 человек с ранее диагностированной СНсФВ (средняя по группе фракция выброса 63%), подтвержденной анализом крови на N-концевой мозговой натрийуретический пропептид (NT-proBNP), развившейся на фоне АГ (стаж АГ >10 лет) в возрасте от 51 до 76 лет, со средним индексом массы тела (ИМТ) $35,24 \pm 2,5$, среди которых было 4 мужчин и 21 женщина. При проведении теста с 6-минутной ходьбой исходно средний показатель по группе составлял 336 ± 67 метров, что соответствует ХСН II-III функционального класса (ФК). Пациенты были обследованы до и через 4 месяца после начала тройной комбинированной схемы лечения (лозартан 100 мг/сут, индапамид 2,5/сут, амлодипин 5 мг/сут). Исследование периферической гемодинамики и сосудистой реактивности проводилось с помощью фотоплетизмографического метода на приборе PulseTrac с определением показателей индекса жесткости (SI) и индекса отражения пульсовой волны (RI), и определение функционального состояния периферических сосудов методом объемной компрессионной осциллометрии АПКО-8 с расчетом основных показателей: скорости пульсовой волны (СПВ), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), удельного периферического сопротивления (УПС) и степени проходимости периферических сосудов.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что СПВ, которая исходно составляла $774,4 \pm 125,6$ м/с, через 4 месяца после начала терапии не изменилась и была равна $765,2 \pm 204,9$ м/с. В то же время отмечалось нарастание периферического тонуса сосудов, при котором ОПСС исходно составляло 2655 ± 632 дин*см⁻⁵, а через 4 месяца – 2990 ± 831 дин*см⁻⁵. Однако суммарное сопротивление системы артериол (УПС) на фоне лечения имело тенденцию к снижению с $33,7 \pm 14$ дин/с/см⁻⁵ до $29,7 \pm 8,5$ дин/с/см⁻⁵. Отмечалось также увеличение степени проходимости периферических сосудов, которая исходно составляла $97,9 \pm 8,1$, через 4 месяца после первого визита – $105,2 \pm 17,2$. При оценке показателей жесткости мелких резистентных сосудов отмечалось снижение RI с $68,8 \pm 22,9\%$ до $62,1 \pm 17,0\%$, что свидетельствует о снижении сосудистого тонуса на артериолярном уровне. SI, как и податливость сосудистой системы, за время наблюдения существенно не изменился.

Обсуждение. Предварительные данные свидетельствуют о положительной тенденции, связанной с изменением сосудистой реактивности, проявляющейся уменьшением тонуса артериолярного русла. Вместе с тем на более высоком уровне сосудистого русла (аорта, артерии

мышечно-эластического типа) изменения минимальны или отсутствуют. Последнее, возможно, связано с коротким сроком наблюдения пациентов, что требует продолжения исследования.

Анализ распространенности и выраженности психологических характеристик комплаентности у пациентов, перенесших трансплантацию печени

Бабич А.Э.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель: выяснить уровень комплаентности лечению у реципиентов печени в отдаленном послеоперационном периоде.

Методы. Проведено открытое контролируемое исследование комплаентности реципиентов печени к лечению. Использовался опросник Р.В. Кадырова. После того как испытуемый заполнит опросник, врачом подсчитываются баллы с помощью «ключа» по каждому виду комплаентного поведения: социальный, эмоциональный, поведенческий. По результатам исследования врач делает вывод о высокой, средней, низкой поведенческой, эмоциональной, социальной и общей комплаентности пациента.

Результаты. В группе реципиентов печени обследовано 44 пациента (возраст 52+ 9), мужчин – 24, женщин – 20. Наиболее высокий уровень выявлен по показателю «эмоциональная комплаентность», который составил 33,3 балла, наименьший по показателю «социальная комплаентность» – 30,4 балла. «Поведенческая комплаентность» – 32,1 балл. Общая комплаентность – 95,7 баллов. В соответствии с принятой оценкой только один пациент имел средне-выраженный результат (77%) общей комплаентности. В субисследовании по отдельным составляющим уровня комплаентности 36,4% реципиентов имели средне-выраженную комплаентность социальной составляющей, 25% пациентов поведенческой составляющей, 15,9% эмоциональной составляющей.

Вывод. В отдаленном периоде после трансплантации печени имеется высокая приверженность к фармакотерапии. В тоже время результаты исследования свидетельствуют о том, что у реципиентов печени наиболее низкие показатели социальной и поведенческой составляющим комплаентности, что необходимо учитывать при проведении соответствующих мотивационных бесед и школ для реципиентов и их родственников.

Усовершенствование тактики ведения больных ревматоидным артритом с использованием интернет-портала

Багирова Г.Г., Лыгина Е.В., Якушин С.С., Козьминская М.И.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Цель: максимально быстро выявить обострение ревматоидного артрита и своевременно усилить проводимую терапию, для более быстрого достижения ремиссии или низкой активности заболевания.

Материалы и методы: в исследование включены 30 женщин с диагнозом ревматоидный артрит, средний возраст 57 лет (32;78). Предварительно больных обучают по методике «Структурированная программа обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания». Пациент ежемесячно проводит самооценку активности заболевания и передает данную информацию своему лечащему врачу дистанционным образом, используя при этом впервые разработанный сайт интернет-портала

для больных ревматоидным артритом. При этом, врач максимально быстро получает информацию о состоянии здоровья пациента. При ухудшении течения заболевания и при отсутствии какой либо динамики, по мнению пациента, он приглашается в центр, где данная информация верифицируется врачом и при необходимости производится коррекция терапии. Если, по мнению пациента, наблюдается улучшение состояния, то он не приходит на визит к врачу, а продолжает проводимую терапию. На протяжении ведения пациентов с РА данным способом проводится регулярный клинико-лабораторный и рентгенологический мониторинг эффективности и безопасности.

Полученные результаты: за 6 месяцев наблюдения 30 человек прошли обследование и получили рекомендации по лечению. Отмечается положительная динамика течения заболевания: среднее значение индекса активности заболевания DAS 28 на момент включения и после 6 месяцев наблюдения составляет 3,99 (2,46; 5,78) и 2,175 (0,79;4,31) (Т-критерий Вилкоксона = 5). 3,3% пациентов на момент включения в исследование имели 1 степень активности (1 из 30), 16,7% (5 из 30) – 2 степень активности, 80% (24 из 30) – 3 степень активности. На 6 визите: 26,7% пациентов (8 из 30) достигли 1 степени активности, 73,3% пациентов (22 из 30) достигли ремиссии (DAS28<2,6). Благодаря дистанционному мониторингу удалось выявить ухудшение состояния здоровья пациентов/обострения у 36,7% (11 из 30) пациентов исследуемой группы. Средняя доза метотрексата на момент включения составляла 12,9 мг (10 мг; 30 мг) и на 6 месяц наблюдения – 14,6 мг (10 мг; 25 мг). 18,2% пациентам (2 из 11) доза метотрексата была увеличена на 2,5 мг, 63,6% (7 из 11) – на 5 мг, 18,2% (2 из 11) – на 10 мг. Выводы. Ведение больных посредством новой методологии «Интернет-портал самоконтроля активности ревматоидного артрита» позволяет максимально быстро выявить обострение заболевания и своевременно усилить проводимую терапию, что приводит к более быстрому достижению ремиссии или низкой активности заболевания.

Изучение показателей митохондриальной дисфункции у больных с хронической обструктивной болезнью легких

Бельских Э.С., Урясьев О.М., Звягина В.И., Фалетрова С.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Введение. В настоящее время активно изучается роль митохондриальной дисфункции в патогенезе хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Считается, что митохондриальная дисфункция тканей легких, способствующая развитию и поддержанию персистирующего воспаления дыхательных путей, может стать новой терапевтической целью у больных с ХОБЛ. Системный характер митохондриальной дисфункции клеток различных тканей и органов, в том числе клеток крови, позволяет предположить, что определение показателей митохондриальной дисфункции в клетках крови, у больных ХОБЛ, возможно, станет дополнительным критерием, который позволит разделять больных на подгруппы с целью оптимизации терапии. Идея. Для функционирования митохондрий большое значение имеют процессы адаптации к гипоксии, срыв которых связан с образованием избытка активных форм кислорода и развитием окислительного стресса, в связи с чем представляется целесообразным исследование активности ферментов дыхательной цепи и их субстратов в моноядерных лейкоцитах у больных ХОБЛ различной степени тяжести с целью оценки выраженности митохондриальной дисфункции.

Цель. Целью данного исследования стало изучение показателей энергетического обмена и маркеров окислительного стресса моноядерных лейкоцитов для оценки митохондриальной дисфункции в лимфоцитах и моноцитах у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование было включено 48 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет (медиана – 62 [58; 69] лет), проходивших лечение в ГБУ РО «ОКБ» (г. Рязань) по поводу неинфекционного обострения ХОБЛ и обострения хронического бронхита. Больных с ХОБЛ оценивались с помощью опросников mMRC и CAT были разделены на 3 группы. Первая группа включила пациентов группы В (n=15), вторая группа – С (n=8), третья группа – D (n=15) Группой сравнения служили больные с хроническим бронхитом (n=10), длительностью в анамнезе более 2-х лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все включенные в исследование больные являлись активными курильщиками. Выделение моноядерных лейкоцитов периферической крови с использованием пробирок BD CPT vacutainer tubes на второй день госпитализации. Выделенные клетки использовали для определения активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ), концентрации сукцината и комплексной оценки окислительной модификации белков (ОМБ) по методу Дубининой Е.Е. в модификации Фоминой М.А., Абаленихиной Ю.В. Статистически значимыми считали отличия при вероятности нулевой гипотезы об отсутствии различий $p \leq 0,05$. Результаты. Было установлено, что по сравнению с больными хроническим бронхитом у больных с ХОБЛ в моноядерных лейкоцитах наблюдались более в 1,93 раз более низкая концентрация сукцината (290[237;419] нмоль/106 лимфоцитов суспензии, $p=0,036$) и в 3 раза меньшая активность СДГ (25,60[12,10;43,10] нмоль сукцината/мин*106 лимфоцитов суспензии, $p=0,0466$) в моноядерных лейкоцитах периферической крови, а так же увеличенное в 2,28 раз ($p=0,0162$) соотношение спонтанных окисленно-поврежденных белков к металл-индуцированной окислительной модификации белков. При сравнении показателей групп ХОБЛ между собой у больных ХОБЛ группы С наблюдался больший уровень активности СДГ (35,87[24,46;47,42] нмоль сукцината/мин*106 лимфоцитов суспензии) при меньшей концентрации сукцината (204[172;276] нмоль/106 лимфоцитов суспензии) по сравнению с группой D (для СДГ: увеличение в 2,49 раз, $p=0,027$, для сукцината: снижение в 1,89 раз, $p=0,0133$). По сравнению с показателями группы В активность СДГ в клетках была больше в 2,03 раз ($p=0,0308$), в показателях группы С. При этом наименьшее соотношение спонтанных окисленно-поврежденных белков к металл-индуцированным наблюдалось в показателях группы С(0,32[21,34;52,95]) по сравнению с В(82,27[76,88;86,81], $p=0,034$) и D(81,71[70,87;92,86], $p=0,02$).

Обсуждение. Снижение уровня активности СДГ и концентрации сукцината указывает на возможное развитие митохондриальной дисфункции в лимфоцитах и моноцитах периферической крови у больных с ХОБЛ, что подтверждается увеличением уровня маркеров окислительного стресса. Больные группы С отличаются более высоким уровнем активности СДГ, что, вероятно, является механизмом адаптации к гипоксии в условиях развития ХОБЛ. Больные ХОБЛ группы D имеют наиболее выраженные признаки митохондриальной дисфункции, что, возможно, предопределяет наиболее тяжелое течение заболевания в связи со срывом механизмов адаптации. Исследование было одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (протокол № 2 от 7.10.2016).

Оценить вклад дефицита селена, цинка, меди в формировании хронической сердечной недостаточности при болезни Грейвса

Виниченко Д.С., Квиткова Л.В.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Цель. Оценить вклад дефицита селена, цинка, меди в формировании хронической сердечной недостаточности при болезни Грейвса.

Материалы и методы. В исследование включены 113 женщин 25-60 лет, поступивших на оперативное лечение с диагнозом болезнь Грейвса (БГ). Больные разделены на 2 группы: 1-я – со средней степенью 54% (n=61), 2-я группа – с тяжелой степенью тяжести 46% (n=52). Контрольную группу составили 37 женщин без патологии сердечно-сосудистой системы и щитовидной железы (ЩЖ) аналогичного возраста. При обследовании всех пациентов за референсный диапазон принимали значения ТТГ- 0,4-4,0 мкЕд/мл, св.Т4 – 9-22 пмоль/л, АТ к рецептору ТТГ $\leq 1,0$ МЕ/л, объем ЩЖ 9-18 см³, содержание цинка в волосах – 180-230 мкг/г, меди в волосах – 11-17 мкг/г, селена в волосах – 0,2-1,8 мкг/г. Всем проведено УЗИ ЩЖ на аппарате Mindray DC-3, ЭКГ на аппарате Sciller Cardiovit AT-1, Эхо-КГ на аппарате Vivid 7,0 demention. Полученные данные проанализированы в Statistica 6.1. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Результаты и их обсуждения. У всех пациентов с БГ на стандартной тиреостатической терапии (ТТ) достигнут субклинический тиреотоксикоз: уровень ТТГ – 0,07(0,04; 0,12) мЕд/л, св. Т4 – 18,5(17,0; 19,5) пмоль/л. Значения АТ к рТТГ – 16,5(9,5; 22,3) МЕ/л и объем ЩЖ – 32,0(26,0; 40,3) см³ сохранялись повышенными. В контрольной группе все показатели находились в референсном диапазоне. По данным выкопировок из амбулаторных карт в период декомпенсации тиреотоксикоза все больные с тяжелой степенью БГ имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН): ХСН I ФК (классификация NYHA) – у 17,3% (n=9) обследованных, ХСН II ФК – у 75,0% (n=39), ХСН III ФК – у 7,7% (n=4) ($X^2=5,09$, $p1-2=0,02$), ($X^2=1,9$, $p1-3=0,2$), ($X^2=14,16$ $p2-3=0,02$). На фоне проводимой ТТ произошло снижение степени тяжести ХСН: при ХСН I ФК – до 13,5% (n=7), при ХСН II ФК – до 55,8% (n=29) ($X^2=26,5$, $p1-2=0,01$), ХСН III и IV ФК выявлено не было. ХСН чаще встречалась среди пациентов с несвоевременным назначением ТТ (3,5 месяца и позднее от дебюта БГ) – 100,0% (n=52) ($p=0,01$), титром АТ р ТТГ 11,0 и выше МЕ/л – 100,0% (n=52) ($p=0,01$), уровнем Т4 св. – 32,0 пмоль/л и выше – 96,2% (n=50) ($p=0,01$), объемом ЩЖ 32,0 см³ и более – 100,0% (n=52) ($p=0,01$).

Результаты исследования продемонстрировали, что одной из причин ХСН при БГ является недостаточная обеспеченность организма микроэлементами (МЭ). Так, при ХСН у пациентов с БГ значительно чаще встречается – 82,7% (n = 43) и более выражен дефицит цинка 154,0 (119,3; 172,8) мкг/г, меди – 76,9% (n=40) и 9,0 (7,8;10,0) мкг/г, селена – 76,9% (n=40) и 0,17 (0,15; 0,19) мкг /г, чем у здоровых лиц: цинка 27,0% (n=10) и 177,5 (175,0; 179,0) мкг/г ($p=0,01$) ($p=0,01$), меди – 10,8% (n=4) и 10,0 (9,5; 10,5) мкг/г ($p=0,01$), ($p=0,01$) селена – 15,5% (n=6) 0,16(0,15; 0,17) мкг/г ($p=0,01$) ($p=0,01$). С помощью метода логистической регрессии и рок-анализа была разработана диагностическая модель и таблица факторов риска развития ХСН в баллах. Оценивались следующие факторы риска: ТТГ, св.Т4, АТ к рТТГ, объем ЩЖ, сроки назначения ТТ, уровень цинка, селена, меди в волосах (в дебюте БГ). По уравнениям регрессии минимальное количество баллов (8) определяет наименьшую вероятность наличия ХСН (0), а максимальное число баллов (32) увеличивает риск до 97,0%. При проведении градации рисков – были установлены низкий риск ХСН - 8 баллов, средний риск – 9-16 баллов, высокий – 17-32 баллов. Таким образом, одним из возможных факторов риска ХСН при БГ, помимо уровня ТТГ, св.Т4, АТ к рТТГ, объема ЩЖ, сроков назначения ТТ, является недостаточная обеспеченность организма МЭ.

Выводы: 1. При ХСН у пациентов с БГ значительно чаще встречается – 82,7% (n = 43) и более выражен дефицит цинка 154,0 (119,3; 172,8) мкг/г, меди – 76,9% (n=40) и 9,0 (7,8;10,0) мкг/г, селена – 76,9% (n=40) и 0,17 (0,15; 0,19) мкг /г, чем у здоровых лиц: цинка 27,0% (n=10) и 177,5(175,0; 179,0) мкг/г ($p=0,01$) ($p=0,01$), меди – 10,8% (n=4) и 10,0(9,5; 10,5) мкг/г ($p=0,01$), ($p=0,01$) селена – 15,5% (n=6) 0,16(0,15; 0,17) мкг/г ($p=0,01$) ($p=0,01$). 2. Разработанная с помощью метода логистической регрессии и рок-анализа модель важнейших прогностических факторов позволяет оценить риск развития ХСН у больных БГ и дифференцированно подойти

к ее профилактике: при низком риске ХСН, помимо ТТ рекомендовать продукты с повышенным содержанием селена, цинка, меди, при среднем и высоком назначать препараты с повышенным содержанием этих МЭ.

Клинический случай применения 2-х генно-инженерных биологических препаратов: ингибитора CD 20-клеток – ритуксимаба и ингибитора интерлейкина 6 - тоцилизумаба в лечении пациента с гранулематозом Вегенера

Волков К.Ю., Буряк И.С., Топорков М.М., Цыган Е.Н., Блохин М.П.

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

Представлен клинический случай наблюдения пациента с ГПА, получавшего различную иммуносупрессивную терапию, в том числе с применением 2-х ГИБП: ритуксимаба и тоцилизумаба. Пациент М., 75 лет, болен с мая 2013 года, когда впервые появились артралгии, миалгии, лихорадка до 39°C, обильное отделяемое из носа, протеинурия, гематурия, повышение острофазовых показателей. При стационарном обследовании выявлен высокий титр цАнЦА (1:1000); выполнено гистологическое исследование кожно-мышечного лоскута (вялотекущий васкулит). Диагностирован АНЦА-ассоциированный васкулит. На фоне лечения (пульс-терапия метилпреднизолоном 500 мг №3, циклофосфамидом 600 мг однократно, преднизолоном 60 мг/сут, азатиоприн 100 мг/сут) достигнута положительная динамика в виде купирования лихорадки, миалгий, уменьшения общей слабости. Назначена поддерживающая терапия эндоксаном и преднизолоном, на фоне которой сохранялся мочевого синдром, явления почечной недостаточности. Течение васкулита расценено как рефрактерное. Принято решение о проведении анти-В-клеточной терапии. В марте 2014 года выполнено 2 введения ритуксимаба 1000 мг с положительным эффектом. На амбулаторном этапе отменен азатиоприн, снижена доза преднизолона до 5 мг/сут. В августе 2015 г. пациент госпитализирован в стационар с фебрильной лихорадкой, болью в подлопаточной области справа, сухим кашлем. На КТ ОГК выявлены признаки абсцессов (дренированных) нижней доли правого легкого, воспалительных изменений костальной плевры на уровне нижней доли. Был уточнен диагноз: Гранулематоз с полиангиитом, АНЦА-позитивный (анти-П3) с поражением легких (очаги распада в нижней доле правого легкого, пневмофиброз), почек (нефропатия), суставов (полиартралгии), анемия, лихорадка, активность 2-3 ст. ДН 1 ст. ФНС 1 ст. Очаг деструкции в легочной ткани расценен как прогрессирующее системное васкулит. Проведена пульс-терапия солу-медроломом 3,0 г с переходом на пероральный прием преднизолона 40 мг/сут. Проводилась антибиотикотерапия: ванкомицин 1000 мг/сут, левофлоксацин 200 мг/сут. На фоне лечения достигнута положительная динамика в виде купирования лихорадки, уменьшения СОЭ, СРБ, нарастания уровня гемоглобина. При очередном поступлении в клинику в ноябре 2015 г. предъявлял жалобы на общую слабость, периодически головные боли, кровянистые корки в носу. При осмотре – умеренное отделяемое из носовых ходов, небольшое количество кровянистых корочек. На коже ногтевых фаланг 2-4 пальцев кистей умеренный отек, гиперемия, участки шелушения кожных покровов. В гемограмме – лейкопения (1,69 х 10⁹/л), анемия легкой степени (гемоглобин – 93 г/л), тромбоцитопения (125 х 10⁹/л), СОЭ – 46 мм/час. В биохимическом анализе крови – повышение уровня креатинина (207,2 мкмоль/л), мочевины (16,9 ммоль/л), гипопроотеинемия (57,1 г/л), гипоальбуминемия (34,7 г/л). Также отмечалась протеинурия 0,33 г/л, минимальная лейкоцитурия, микрогематурия. Была выполнена развернутая иммунограмма, выявлено

снижение абсолютного числа основных субпопуляций Т- и NK-клеток на фоне лейко- и лимфопении, а также активация, как Т-хелперов, так и Т-ЦТЛ и натуральных киллеров. Был определен уровень ИЛ-6 в сыворотке и культуре лимфоцитов: выявлена повышенная спонтанная продукция ИЛ-6 (474 пг/мл при норме 30 – 280 пг/мл). Для исключения туберкулеза и противопоказаний к ГИБТ, пациент консультирован фтизиатром, выполнена ФБС с анализом промывных вод бронхов, данных за туберкулез не получено, противопоказаний к ГИБТ не выявлено. Пациенту выполнено введение 800 мг тоцилизумаба. В последующем выполнено еще 2 введения Тоцилизумаба с периодичностью 1 раз в месяц. На фоне проводимой терапии у пациента достигнута положительная клиническая динамика заболевания в виде уменьшения одышки, отсутствия лихорадки, уменьшения интенсивности суставного и кожного синдромов. Улучшились показатели гемограммы (при выписке - эритроциты – 3,47 х 10¹²/л, Нв - 100 г/л, тромбоциты – 105 х 10⁹/л, лейкоциты – 4,83 х 10⁹/л), повысился уровень общего белка (общий белок – 72,3 г/л, альбумин 44,5 г/л, глобулины 27,8 г/л). В настоящее время пациент продолжает получать тоцилизумаб 800 мг/мес, метотрексат 15 мг/нед и преднизолоном 10 мг/сут, на фоне чего достигнута ремиссия заболевания. Особенности данного клинического случая: -опыт успешного применения двух ГИБП -выраженное подавление В-клеточного иммунитета после введения ритуксимаба с компенсаторной гиперактивацией Т-клеточного иммунитета и гиперпродукцией ИЛ-6 – положительный эффект от применения ингибитора ИЛ-6 тоцилизумаба у пациента с ГПА.

Особенности клинического течения и уровни циркулирующей микроРНК-21 у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией в разных возрастных группах

Давыдова В.Г., Полякова А.А., Бежанишвили Т.Г., Стрельцова А.А., Пыко С.А., Крутиков А.Н., Семернин Е.Н., Зарайский М.И., Гудкова А.Я.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ», Санкт-Петербург

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является наиболее изученным наследственным заболеванием миокарда и характеризуется выраженной гетерогенностью клинических и морфологических проявлений. МикроРНК – класс малых некодирующих рибонуклеиновых кислот, которые играют важную роль как в физиологических, так и в патологических процессах, регулируя посттранскрипционную экспрессию генов.

Цель. Изучить клиническое течение и уровни циркулирующей микроРНК-21 у пациентов с ГКМП в разных возрастных группах.

Материалы и методы. В исследование включено 49 пациентов с ГКМП, из них 55,1 % женщин и 44,9 % мужчин, в возрасте от 19 до 86 лет (50,0[нижний-верхний квартили:32,0;65,0]). Диагноз ГКМП установлен согласно клиническим рекомендациям Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению ГКМП 2014 года. Группу контроля составили 44 донора, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний и другой тяжелой патологии и сопоставимых по возрасту и полу с исследуемой группой. Определение экспрессии микроРНК в плазме проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с обратной транскрипцией с детекцией результатов в «реальном времени».

Вычисление относительного уровня экспрессии гена проводили в соответствии со стандартной процедурой 2-ΔCt.

Результаты. По данным эхокардиографического исследования в группе пациентов симптомного течения в возрасте до 45 лет: толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (МЖПд) варьировалась от 19 до 47 мм (22[20;35]), толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖд) от 7 до 15,1 мм (10[9;13]), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), соответственно от 31 до 60 мм (44,13±1,84). В группе пациентов симптомного течения в возрасте 45 лет и старше: толщина МЖПд варьировалась от 11 до 27 мм (19,5[18,75;23,25]), толщина ЗСЛЖд от 8 до 21 мм (13[12;15]), КДР ЛЖ от 34 до 56 мм (46,38±1,18). При анализе эхокардиографических показателей, в группе ГКМП обнаружены отрицательная корреляционная связь между толщиной МЖПд и возрастом пациента ($r = -0,56$; $p < 0,001$), и положительная корреляционная связь между толщиной ЗСЛЖд и возрастом пациента ($r = 0,67$, $p < 0,001$). Важной характеристикой обследованных пациентов с ГКМП является высокая частота дислипидемии и ожирения (53,3% и 26,7%) в группе симптомных пациентов до 45 лет. Значимых отличий от аналогичных показателей в группе пациентов с ГКМП 45 лет и старше (45,8% и 30,8%) не выявлено. В группе молодых пациентов с симптомным течением ГКМП обнаружена положительная корреляция между показателем общего холестерина (ОХ) и КДР ЛЖ ($r = 0,586$; $p < 0,002$). Уровень циркулирующей в плазме микроРНК-21 значимо выше у пациентов с ГКМП, чем в группе контроля (5,28 [2,64;13,96] и 0,84 [0,55;1,23] соответственно, $p < 0,001$). У молодых пациентов в возрасте от 19 до 45 лет с симптомным течением ГКМП обнаружены значимо более высокие уровни микроРНК-21 (36,76 [5,66;42,22]) в сравнении с пациентами бессимптомного течения в возрасте до 45 лет (2,81 [1,45;5,28], $p < 0,002$) и симптомными пациентами 45 лет и старше (3,88 [2,16;8,63], $p < 0,002$).

Выводы. Возраст является важной детерминантой, определяющей особенности клинического течения и врачебной тактики при ГКМП. В ходе проведенного исследования выраженная гипертрофия МЖП выявлена у пациентов молодого возраста. Наличие связей между показателями ОХ и КДР ЛЖ указывает на необходимость мониторинга показателей липидного обмена с молодого возраста с целью своевременного выявления и коррекции дислипидемии. Уровень циркулирующей микроРНК-21 значимо выше в группе пациентов ГКМП по сравнению с контрольной группой, максимальные уровни зарегистрированы у пациентов молодого возраста с симптомным течением ГКМП.

Внедрение рационального питания в терапевтическую практику как способ коррекции метаболических нарушений при ожирении

Елиашевич С.О., Драпкина О.М., Шойбонов Б.Б.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва

Актуальность. На сегодняшний день проблема снижения распространенности ожирения и ассоциированных с ним сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и СД 2 типа стоит очень остро. Однако, несмотря на общие патогенетические пути развития алиментарно-зависимых заболеваний, коррекция системы питания так и не находит своей ниши в комплексном лечении пациентов в общей терапевтической практике. Между тем коррекция массы тела является краеугольной целью в лечении этой группы пациентов, наряду с достижением целевых значений уровней артериального давления, ХС ЛПНП, глюкозы.

Цель. Определить влияние приверженности рациональному питанию на показатели метаболического профиля (гликемии, урикемии, липидемии) и окружности талии у лиц с абдоминальным ожирением.

Материал и методы. Первичному скринингу подверглись 100 пациентов, обратившихся за амбулаторной терапевтической помощью в НМИЦ ПМ. Последовательное включение пациентов в исследование осуществлялось с июня по август 2017 года. Из них 62 были включены в исследование в соответствии с критериями включения/исключения. К критериям включения относили возраст от 30 до 40 лет, абдоминальное ожирение в сочетании с выявленным низким риском по дополнительной шкале SCORE ($\leq 1\%$). Всем пациентам было проведено полное клиническое обследование с определением липидного профиля, гликемии натощак. Коррекция системы питания включала несколько направлений: 1) 5-разовый прием пищи (3 основных приема пищи, 2 – промежуточных); 2) достаточная квота белка с высокой биологической ценностью из расчета 1 г/кг массы тела; 3) 400 г овощей и 400 г фруктов в день; 4) ужин строго за 4 часа до сна; 5) исключение из рациона переработанных мясных продуктов и газированных напитков. Эффективность диетологического вмешательства оценивалась через 4 месяца по динамике показателей состава тела и метаболического профиля. Оценка состава тела проводилась биоимпедансным анализатором (МЕДАСС). Мониторинг и поддержка пациентов проводилась дистанционно 1 раз в неделю – оценивалась динамика массы тела за прошедшую неделю, самочувствие и какие-либо трудности в соблюдении диетологического режима.

Результаты. В анализ были включены данные 62 пациентов (средний возраст 43 (3,5) года; ИМТ 31 (4,5) кг/м²; 53% – женщины). Избыточная масса тела выявлена у 48% (30) участников, ожирение – у 52% (32) пациентов. Гиперлипидемия диагностирована у 69% (43) пациентов, гипергликемия у 16% (10), гиперурикемия – у 47% (29). Через 4 месяца путем коррекции системы питания регистрировалось статистически значимое снижение показателей массы тела в среднем на 7 кг: 91,8 (14) кг и 86 (10) кг исходно и после вмешательства, соответственно ($p < 0,05$); снижение жировой массы тела в среднем на 5 кг: 32,8(8) кг и 28(5) кг соответственно ($p < 0,05$); увеличение скелетно-мышечной массы: 28(6,7) кг и 30(6) кг, соответственно ($p < 0,05$); снижение уровня общей жидкости: 43,4(8) кг и 40(5) кг ($p < 0,05$); уменьшение окружности талии с 91,5 (7) см до 87 (5) см у женщин ($p < 0,05$) и с 103,8 (9) см до 94 (8) см у мужчин ($p < 0,05$). Наблюдалась положительная тенденция в нормализации показателей углеводного обмена и обмена липидов. Так, средние значения уровня гликемии до и после вмешательства составили 5,4 (0,5) ммоль/л и 5,2 (0,2) ммоль/л ($p < 0,05$); ОХ 5,7 (1) ммоль/л и 5 (0,5) ммоль/л ($p < 0,05$); ХС ЛПВП 1,35 (0,3) ммоль/л и 1,4 (0,3) ммоль/л ($p < 0,05$); ХС ЛПНП 3,7 (0,9) ммоль/л и 3 (0,5) ммоль/л ($p < 0,05$); ТГ 1,5 (0,9 – 1,8) ммоль/л и 1,2 (0,9 – 1,5) ммоль/л ($p < 0,05$). Также наблюдалось снижение уровня мочевой кислоты в отсутствие специальных диетологических рекомендаций для лечения гиперурикемии – 6 (1,2) ммоль/л исходно и 4 (1) ммоль/л после вмешательства ($p < 0,05$). Важно, что даже при незначительной динамике в снижении массы тела наблюдалось значительное улучшение исследуемых биохимических показателей. Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения принципов рационального питания в повседневную жизнь пациентов с целью уменьшения кардиометаболического риска и улучшения прогноза в плане развития ССЗ и СД 2 типа. Даже кратковременная приверженность рекомендованному рациону в течение 4 месяцев эффективно воздействовала на все маркеры метаболического профиля. Заключение. Коррекция системы питания является надежным политаргетным инструментом в комплексной терапии ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний.

Прогнозирование развития фибрилляции предсердий у больных с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда

Аксенов А.И., Полунина О.С.

Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань

Введение. Среди лиц с постинфарктным ремоделированием миокарда (РМ) левого желудочка (ЛЖ), фибрилляция предсердий (ФП) – основной источник догоспитальной и досуточной летальности в стационаре. Прогнозирование развития ФП в период до 1 года является важнейшей медико-социальной проблемой.

Идея. Обосновать патогенетическую связь эхокардиоскопических (ЭхоК) признаков РМ ЛЖ с возникновением ФП у изучаемых больных.

Цель. Разработать математическую модель прогнозирования развития ФП у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) на основании анализа ЭхоК признаков РМ ЛЖ. **Материалы и методы.** Всего было обследовано 110 человек. Основную группу составили 80 больных ИБС, имеющих ПИКС (верифицированный инфаркт миокарда давностью от 1 года и более). Средний возраст составил $58 \pm 2,1$ лет. Группу контроля составили 30 соматически здоровых лиц. Средний возраст составил $55 \pm 1,7$ лет. Основная группа была разделена на 2 подгруппы. I подгруппу составили больные с ИБС+ПИКС (41 человек); II – больные с ИБС + ПИКС+ФП (39 человек). В обеих подгруппах у половины больных была выявлена дилатационная кардиомиопатия ишемического генеза (ДКМП). Диагноз ИБС выставлялся согласно Клиническим рекомендациям по диагностике и лечению хронической ишемической болезни сердца МЗРФ 2013 года. Всем лицам проводилась ЭхоК на аппарате Vivid7 Dimension по стандартной методике. По рекомендациям Американского эхокардиографического общества определялись параметры: конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) (КДРЛЖ), толщину задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖП), массу миокарда ЛЖ по Репп (ММЛЖ). Показатели-соотношения: относительная толщина стенок миокарда ЛЖ (ОТСЛЖ) – отношение суммы ТМЖП и ТЗСЛЖ к КДР, относительная толщина межжелудочковой перегородки (ОТМЖП) – удвоенное отношение ТМЖП к КДР, относительная толщина задней стенки ЛЖ (ОТЗСЛЖ) – удвоенное отношение ТЗСЛЖ к КДР. Гипертрофия миокарда ЛЖ (ГЛЖ) определялась по критериям A. Ganaу. Дилатация ЛЖ определялась по критериям D.Savage. При отсутствии ГЛЖ типы РМ определялись по P.Verdecchia: нормальная геометрия ЛЖ: ОТМЖП и ОТЗСЛЖ меньше 0,45, концентрическое РМ: ОТМЖП и ОТЗСЛЖ больше 0,45, изолированная гипертрофия МЖП: ОТМЖП > 0,45, ОТЗСЛЖ в норме, изолированная гипертрофия ЗСЛЖ: ОТЗСЛЖ > 0,45, ОТМЖП в норме. Статистическая обработка осуществлялась программным обеспечением Statistica 8.0 (©StatSoft Inc, 2012). Статистическая значимость различий оценивалась при помощи критерия Манна-Уитни, Хи-квадрат, различия признавались существенными при $p < 0,05$. Для составления индивидуального прогноза развития ФП была использована методика Е.В. Гублера (Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. –Л.: Медицина, 1990), основанная на расчете прогностических коэффициентов (ПК) и оценки их по угрозомерической шкале. Величина ПК вычисляется для каждого параметра ЭхоК по информационному варианту формулы Байеса, выражается в патах. ПК суммируются, результат оценивается по шкале от -7 до +7. При сумме ПК от 0 до +7 вероятность развития ФП 50-90%, более +7 – 95%. При сумме ПК от -7 до 0 вероятность менее 50%, менее -7 – развитие ФП отрицается с вероятностью 95%.

Результаты. Показатели ЭхоК в обследованных группах имели

достоверные различия между собой и с группой контроля. Анализ частот встречаемости прогностических признаков показал достоверные различия среди лиц с ФП и без нее. Работоспособность прогностической модели проверена во II группе, где больные уже имели ФП. Сумма ПК колебалась от +11 до +17, что указывает на вероятность развития ФП более 99%. В I группе было получено: у 47,7% больных с эксцентрической ГЛЖ с дилатацией ЛЖ сумма ПК составила от +7,5 до +10,7, в течение года наблюдения во всех случаях развилась ФП. При концентрической ГЛЖ у 45,5% больных сумма ПК колебалась от +5 до +7, ФП развилась в 75% случаях. Концентрическое РМ отмечено у 6,8%, где сумма ПК была от -11 до -7,1. ФП не наблюдалась ни у кого.

Обсуждение. У больных ИБС с постинфарктным РМ и ДКМП наличие ГЛЖ и дилатации ЛЖ являются прогностически неблагоприятными факторами, способствующими развитию ФП. Изолированная гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ являются протекторными факторами и снижают вероятность развития ФП. Данное исследование оформлено локальным этическим комитетом ФГБОУ АГМУ (выписка из протокола №11 от 10.10.2014).

Оценка безопасности и эффективности фармакотерапии статинами у пациентов высокого и крайне высокого сердечно-сосудистого риска в условиях амбулаторной клинической практики

Бахтин В.М.

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург

Введение. Статины – класс препаратов, показанных для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий у пациентов высокого и крайне высокого сердечно-сосудистого риска (ССР). Основная роль в ведении таких пациентов отводится терапевту амбулаторного звена. Фактором эффективности терапии являются рациональные назначения врача. Идея: Причиной неэффективности терапии статинами может быть отмена препарата вследствие побочных эффектов или нерациональное их назначение. Требуется оценка эффективности и безопасности терапии статинами в регионах России.

Цель исследования: оценить безопасность и эффективность фармакотерапии статинами у пациентов высокого и крайне высокого ССР в Свердловской области.

Материалы и методы. Были исследованы 140 пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбург, Верхняя Пышма, Берёзовский, Верхняя Салда, Среднеуральск Свердловской области. Критерии включения – наличие высокого и крайне высокого ССР и информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Обследование пациентов проводилось при помощи специально разработанного опросника. Оценивалась частота назначения статинов и развития осложнений терапии. Эффективность оценивалась по достижению целевых уровней холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и общего холестерина (ОХС). Для описания данных использовались медиана, 25-й и 75-й перцентили; для проверки достоверности различия показателей – критерий Фишера при $p < 0,05$.

Результаты. Выборка включала 140 пациентов, из них 58 мужчин (41%) и 82 женщины (59%). Медиана возраста мужчин – 61 ($55 \div 68$) год, женщин – 65 ($58 \div 75$) лет. Частота курения была выше у мужчин (37,9%), чем у женщин (14,0%), $p = 0,006$. Острый инфаркт миокарда перенесли 30,0% пациентов, острое нарушение мозгового кровообращения – 22,8%, преобладающее – 13,6%, острый коронарный синдром – 18,6%. Перемежающаяся хромота выявлена у 11,4%, стенокардия напряжения – у 34,3%, сахарный диабет

2 типа – у 40,0%, сахарный диабет 1 типа – у 1,4%, атеросклеротические бляшки по данным УЗИ или ангиографии – у 47,9%, уровень ОХС превышал 8 ммоль/л у 30,7%, уровень артериального давления (АД) превышал 180/110 мм рт. ст. у 40,7%. Вмешательство на коронарных артериях чаще выполнялось мужчинам (25,9%), чем женщинам (12,2%), $p=0,032$. Гипертоническая болезнь выявлена у 89,3%. Целевые значения систолического АД достигнуты у 39,2% больных, диастолического – у 55,2%. Хроническая сердечная недостаточность выявлена у 39,3%. Терапию статинами получали 94 пациента (87,9%), из которых 28,7% принимали симвастатин, 57,4% – аторвастатин, 13,8% – розувастатин. Симвастатин в дозе 10 мг получали 23,1%, 20 мг – 61,5%, 40 мг – 15,4%; аторвастатин в дозе 10 мг – 18,5%, 20 мг – 55,6%, 40 мг – 22,2%; розувастатин в дозе 10 мг – 53,8%, 15 мг – 7,6%, 15,4%, 40 мг – 23,1%. Терапия статинами была прекращена у 17,7% пациентов; один статин заменён другим у 51,3% по причине: неэффективности (30,2%), высокой стоимости (25,6%), диспепсии (11,6%), решения пациента (11,6%), головной боли (9,3%), повышения трансаминаз (7,0%), аллергии (4,7%). Липидный спектр не определялся у 35,7% пациентов выборки, уровень ОХС не контролировался в течение трёх лет у 13,6%. Целевые значения ОХС (<4,5 ммоль/л) и ХС ЛПНП (<2,5 ммоль/л для высокого ССР и <1,5 ммоль/л – крайне высокого) не достигнуты ни у одного пациента в выборке.

Обсуждение. Всем пациентам была показана гиполипидемическая терапия, её получали 9 пациентов из 10. Каждый пятый прекратил лечение статинами. Согласно данным литературы, отмена статинов повышает риск повторного инфаркта миокарда в 1,5 раза. В трети случаев причиной смены или отмены статина явилась неэффективность, но отмечается большая доля пациентов, получавших лечение низкими дозами: до 85% получавших симвастатин и до 75% – аторвастатин. В исследованной выборке ни один пациент не достиг целевых значений ОХС и ХС ЛПНП. Побочные эффекты послужили причиной замены или отмены препарата в трети случаев, наиболее частый – диспепсия.

Заключение. Рациональная фармакотерапия статинами – один из важнейших элементов в тактике ведения пациентов высокого и крайне высокого ССР. Определяется низкая её эффективность, что ухудшает прогноз. Ситуацию могут исправить назначение более высоких доз, регулярный контроль липидного спектра, выявление побочных эффектов, при необходимости – дополнительное назначение других гиполипидемических препаратов. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 18.05.2018).

Пилотная оценка информированности врачей первичного звена здравоохранения об артериите Такаюсу

Бородина И.Э., Попов А.А., Шардина Л.А.

Уральский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница №1, Екатеринбург

Введение. Артериит Такаюсу (АТ) – редкое аутоиммунное заболевание, вследствие многообразия клинических проявлений которого, пациенты первично обращаются не к ревматологам, а к врачам первичного звена – участковым терапевтам и «узким» специалистам амбулаторного звена. Идея: повышение информированности врачей об АТ может способствовать более раннему выявлению заболевания и своевременному началу терапии.

Цель: оценить осведомленность врачей первичного звена муниципального здравоохранения о клинических проявлениях, диагностике и лечении АТ. **Материалы и методы:** в одномоментном пилотном исследовании

проведено анонимное добровольное анкетирование врачей амбулаторной службы г. Екатеринбурга и Свердловской области. В опросе приняли участие 98 врачей, среди них: 17 терапевтов, 14 неврологов, 13 гастроэнтерологов, 13 ревматологов, 15 кардиологов, 16 педиатров, 10 нефрологов.

Результаты. Среди смежных специалистов наибольшее число неверных ответов было при ответах вопросы: характерна ли для АТ перемежающаяся хромота (30% правильных ответов), возможна ли артериальная гипертензия при АТ (39% правильных ответов), характерны ли боли в животе (40% правильных ответов). Среди «узких» специалистов выявлена низкая частота знания и использования принятых критериев диагностики АТ (28% правильных ответов). В то же время, и терапевты, и смежные специалисты, и ревматологи с высокой частотой (95/100%) ответили верно на вопрос о терапии первой линии АТ. Опрошенные врачи отметили, что современные аспекты диагностики и лечения АТ следует шире включать в образовательные программы и ресурсы для непрерывного профессионального образования.

Обсуждение. Впервые проведена оценка информированности врачей Российской Федерации об АТ. Результаты исследования подтверждают данные литературы о низкой осведомленности врачей первичного звена об АТ.

Заключение. Полученные результаты могут быть использованы при разработке и образовательных программ и ресурсов для непрерывного профессионального образования врачей.

Ятрогения, как результат необоснованного назначения глюкокортикоидов

Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Дегтярева Ю.С.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, синдром гиперандрогении, глюкокортикоиды, ятрогения.

Введение. Синдром гиперандрогении (СГА) – это клинический синдром, обусловленный избыточным действием андрогенов на ткани и органы-мишени женщин. Причины развития этой патологии различны: СГА может развиваться вследствие чрезмерной продукции яичниками или надпочечниками андрогенов, из-за нарушений периферического метаболизма стероидов или нарушений андрогенной рецепции в клетках-мишенях. Проведение дифференциальной диагностики согласно имеющимся клиническим рекомендациям необходимо для верификации причины развития данного синдрома и назначения соответствующего лечения.

Идея. Вследствие несоблюдения алгоритма диагностики СГА происходит необоснованное назначение глюкокортикоидов здоровым пациенткам, что в ряде случаев приводит к ятрогенным последствиям.

Цель. Оценка показаний и последствий назначения пациентам медикаментозной терапии СГА врачами-эндокринологами в клинической практике согласно алгоритму диагностики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 8 женщин с выставленным диагнозом СГА, средний возраст – $28 \pm 7,01$ лет. Критерием включения являлось предоставление медицинской документации, на основании которой был выставлен диагноз СГА. У всех пациенток, согласно алгоритму диагностики СГА, были оценены показания к определению уровня андрогенов, клинические проявления синдрома (нарушения менструального цикла, гирсутизм, алопеция, акне) и лабораторное исследование (общий тестостерон) на момент выставления диагноза. Гирсутизм определялся по шкале

Ферримана-Голлвея. Также у всех женщин была оценена назначенная ранее схема медикаментозной терапии и развитие осложнений лечения.

Результаты. Согласно медицинской документации у 7 пациенток выставлен диагноз: «СГА надпочечникового генеза», у 1 женщины – «СГА сочетанного генеза». При этом ни у одной из женщин не были выявлены такие симптомы, как гирсутизм (гирсутное число <8 баллов) и алопеция. 7 пациенток не отмечали у себя акне и нарушений менструального цикла. Лишь у 1 пациентки было нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. Таким образом, можно сделать вывод, что у всех 8 женщин отсутствовали показания для дальнейшего лабораторного обследования и диагноз СГА был не правомочен. Тем не менее 5 пациенткам был определен уровень общего тестостерона, который оказался в пределах нормы. В то же время, 3 женщинам выполнено ненадлежащее лабораторное исследование: 2 женщинам определены уровни свободного тестостерона и ДГЭА-С, а 1 пациентке – уровни ДГЭА-С и 17ОН-прогестерона. При этом, всем пациенткам были назначены глюкокортикоиды: 6 пациенток получали синтетический метилпреднизолон (Метипред), из них 3 женщины принимали супрафизиологическую суточную дозу 6 мг в среднем 3 месяца и 3 пациентки – 8 мг в среднем 11 месяцев. И лишь 2 женщины получали физиологический гидрокортизон (Кортеф) в супрафизиологической суточной дозе 30 мг в течение 6 месяцев и 40 мг в течение 12 месяцев соответственно. В результате лечения у 2 женщин развились симптомы ятрогенного синдрома гиперкортицизма. Ввиду отсутствия показаний к приему глюкокортикоидов всем пациенткам были предприняты попытки к отмене препарата: у 4 женщин успешно удалось отменить препарат с первой попытки, у 1 пациентки отменить препарат получилось со второй попытки, и еще у 1 женщины развилась хроническая надпочечниковая недостаточность, требующая пожизненной заместительной терапии глюкокортикоидами.

Обсуждение. В представленных случаях, ввиду несоблюдения алгоритма диагностики СГА 8 здоровым женщинам был выставлен ложный диагноз. При этом всем пациенткам, несмотря на отсутствие соответствующей клинической картины, было проведено лабораторное обследование, причем 3 женщинам оно было выполнено некорректно. И, как следствие, всем пациенткам было назначено необоснованное медикаментозное лечение, что в ряде случаев привело к развитию синдрома гиперкортицизма и возникновению хронической надпочечниковой недостаточности. Данная ситуация требует дальнейшего мониторинга для выявления подобных случаев и предотвращения ятрогенных последствий.

Роль мозгового нейротрофического фактора (BDNF) в диагностике когнитивной дисфункции у больных с сахарным диабетом 2 типа

Гацких И.В., Петрова М.М., Пашкова И.Н., Шалда Т.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Цель. Изучить роль мозгового нейротрофического фактора (BDNF) в диагностике когнитивной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Настоящее исследование было проведено на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск» ОАО «РЖД». Всего было обследовано 113 пациентов с СД 2 типа, 39 мужчин и 74 женщины, средний возраст 61 [56;66] лет, длительность заболевания 8 [5;12] лет и группа контроля (лица без СД) 33 человека, средний возраст

62 [53;67], 11 – мужчин и 22 женщины по стандартному протоколу. При исследовании пациентов использовались общеклинические, лабораторные – ИФА с использованием набора Human BDNF Quantikine ELISA для определения концентрации BDNF в сыворотке крови, инструментальные, нейропсихологические – МоСа-тест, статистические методы.

Полученные результаты. Анализ углеводного обмена показал, что средний уровень HbA1C у пациентов СД 2 типа был 7,47±1,5%, таким образом, они имели удовлетворительный метаболический контроль. У всех пациентов учитывался уровень образования, социальный статус. Все пациенты получали базисную сахароснижающую терапию: ПССП 73,5%, инсулинотерапию 26,5%. По результатам проведенного нейропсихологического исследования было выявлено, что СД 2 типа проявляется когнитивной дисфункцией у 53,1±9,2% пациентов, что оказалось статистически значимо выше по сравнению с группой контроля 15,2±12,2% (p<0,001). При детальном анализе результатов МоСа-теста зарегистрировано статистически значимое снижение параметров, оценивающих оптико-пространственную деятельность (p<0,001), внимание (p<0,001) и память (p<0,001) у пациентов с СД 2 типа. При анализе показателей углеводного обмена у пациентов с СД 2 типа была выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнем HbA1c и параметрами МоСа-теста, отвечающими за оптико-пространственную деятельность (r = -0,425, p<0,001), внимание (r = -0,336, p<0,001) и память (r = -0,410, p<0,001). Слабая отрицательная корреляционная связь была установлена между параметрами МоСа-теста и длительностью заболевания: внимание (r=-0,219, p<0,01), абстрактное мышление (r=-0,2, p<0,05), память (r=-0,212, p<0,05). Чаще КН на основании МоСа-теста диагностировались у пациентов с длительностью заболевания 7 [5; 12] лет. В результате анализа уровня BDNF было выявлено статистически значимое снижение у пациентов с СД 2 типа (1,7 [1,3; 2,0]) по сравнению с контрольной группой (2,3 [2,0; 2,5]) (p<0,001). Концентрация BDNF в сыворотке крови у пациентов с СД 2 типа при наличии КН значимо ниже 1,4 [1,0; 1,6] нг/мл., чем при отсутствии КН 2,0 [1,8; 2,3] нг/мл., (p<0,001). Уровень BDNF в зависимости от длительности заболевания имел колебания (r=-0,266, p<0,001). Так, концентрация BDNF была выше у пациентов с небольшой длительностью СД 2 типа (1-5 лет) и наименьшей – при увеличении длительности заболевания более 13 лет. При анализе связи показателей HbA1c и уровня BDNF, была выявлена также отрицательная связь (r=-0,522, p<0,001). Низкий уровень протеина был зарегистрирован у пациентов с неудовлетворительным углеводным обменом и не достигших целевых значений HbA1c. Анализ связи когнитивной функции и уровня BDNF показал наличие положительной связи с определенными параметрами МоСа-теста, такими, как оптико-пространственная деятельность (r=+0,524, p<0,001), внимание (r=+0,424, p<0,001), память (r=+0,573, p<0,001). Для оценки значимости BDNF в диагностике КН была проведена оценка его чувствительности и специфичности. Было показано, что он обладает достаточно высокой специфичностью (81,2%), средней чувствительностью (45,4%), а показатель AUC составил 0,75, что говорит о хорошем качестве показателя (AUC>0,7).

Вывод. Выявлено статистически значимое снижение в сыворотке крови у пациентов с СД 2 типа и когнитивной дисфункцией. Установлена положительная связь между концентрацией BDNF и параметрами МоСа-теста, такими как внимание, память, оптико-пространственная деятельность. На основании оценки чувствительности и специфичности показан высокий уровень значимости BDNF в диагностике когнитивной дисфункции у пациентов с СД 2 типа (AUC=0,75). Определение уровня BDNF в сыворотке крови может быть рекомендовано в качестве дополнительного маркера когнитивной дисфункции у пациентов с СД 2 типа.

Структура заболеваемости медицинских работников в многопрофильной городской больнице за 3-летний период

Глибко К.В., Ларина В.Н.

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

Хронические неинфекционные заболевания (НИЗ) являются причиной временной утраты трудоспособности (ВУТ) и инвалидности. В связи с интенсивностью рабочей активности профессионала, повышением психологической нагрузки на медицинский персонал, требований к более качественной работе заболеваемость медицинских работников приобретает все большую актуальность. Повышенный объем информации, экстренное принятие решений и высокий уровень профессиональной ответственности создают основу для возникновения заболеваний. Отсутствие официальной статистики на протяжении многих лет не позволяло в полной мере представить состояние здоровья медицинских работников. По официально подтвержденным диагнозам у медицинских работников преобладают такие НИЗ, как СД, артериальная гипертензия (АГ), онкологические заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата, анемии и др.

Цель. Оценить структуру заболеваемости с ВУТ среди медицинских работников многопрофильной больницы за три года.

Методы: оценка структуры заболеваемости проводилась среди работников с высшим и средним медицинским образованием многопрофильной клинической больницы за три календарных года. В исследование было включено 549 врачей (221 мужчин и 328 женщин) и 920 сотрудников среднего медицинского персонала (СМП, 39 мужчин и 881 женщин) в возрасте от 20 до 78 (41±9) лет. Предметом исследования была структура заболеваемости за 3-летний период по данным первичного анализа листов нетрудоспособности. Оценивалась заболеваемость без бытовых и производственных травм, декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком. Статистический анализ проводился с использованием программ Microsoft Office Excel, разработчик Microsoft (США) и Statistica версии 7.0, разработчик StatSoft, Inc (США).

Результаты: выявлена высокая встречаемость заболеваний бронхолегочной системы у 38% медицинских работников: у 8% врачей и у 30% СМП, сердечно-сосудистых заболеваний (у 17% врачей и у 8% СМП), в частности АГ – у 55% врачей и у 20% СМП; ИБС – у 7% врачей и у 3% СМП; опорно-двигательного аппарата (у 5% врачей и у 13% СМП). За 3-летний период наблюдения среднее количество дней заболеваемости среди медицинских работников составило 11248 дней, случаев ВУТ – 832, средняя длительность одного случая ВУТ составила 14 дней. Чаще всего ВУТ наблюдалась среди СМП (567 случаев, среднем – 7613 дней). При этом средняя длительность одного случая ВУТ в этой группе составила 14 дней. Среди врачей отмечено 212 случаев ВУТ протяженностью в среднем 1906 дней. Средняя длительность одного случая ВУТ в группе врачей составила 9 дней. В группе длительно и часто болеющих (ДЧБ) медицинских сотрудников наблюдалась высокая встречаемость оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате (у 8% врачей и у 37% СМП), ОНМК и инфаркт миокарда (у 15% врачей и у 5% СМП). За 3 года в этой группе было зафиксировано 26 случаев ВУТ, что соответствовало в среднем 1610 дням. Средняя длительность одного случая ВУТ в группе ДЧБ составила 62 дня. Максимально высокая заболеваемость отмечена в отделениях хирургического профиля и интенсивной терапии, низкая – в клинико-диагностической лаборатории и отделениях функциональной диагностики. Выводы: результаты трёхлетнего анализа свидетельствуют о высокой заболеваемости с ВУТ среди врачей и СМП многопрофильной клинической

больницы. Ведущими оказались заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата с максимально высокой заболеваемостью в отделениях хирургического профиля и интенсивной терапии. Полученные данные могут рассматриваться как важный вклад в разработку программ профилактики НИЗ среди медицинских работников.

Пневмоцистная пневмония как СПИД-индикаторное оппортунистическое заболевание у пациента с ложноотрицательным результатом ИФА на ВИЧ-инфекцию

Ершов Н.С., Борисовская С.В., Лепков С.В., Никитин И.Г., Резник Е.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, Городская клиническая больница №12 им. В.М. Буянова, Москва

Введение. Пневмоцистная пневмония – опасная для жизни форма пневмонии, возникающая у людей с ослабленной иммунной системой, одна из распространенных оппортунистических инфекций при СПИДе. Выявить вирус иммунодефицита человека довольно сложно, одним из самых точных методов выявления является количественная ПЦР. Поскольку этот метод более дорогой и трудоемкий по сравнению с ИФА, его используют только по особым показаниям. Идея: акцентировать внимание на иммунодефицитные состояния, этиология которых долгое время остается невыявленной из-за неоднократных ложно-отрицательных диагностических тестов.

Цель: установить важность индикаторных заболеваний в назначении дополнительных анализов на примере клинического случая.

Клинический случай. Пациентка Р., 47 лет, госпитализирована с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры тела до 40,0С. Эпиданамнез – без особенностей. В анамнезе – лихорадка до 39°С в течение двух недель год назад, обследование с исключением инфекционных, системных заболеваний, коллагенозов, холангита, инфекционного эндокардита, пиелонефрита; курс антибактериальной терапии; длительный субфебрилитет после выписки из стационара. В связи с подозрением на ВИЧ-инфекцию каждые 3 месяца проводились ИФА, иммуноблоттинг, результаты которых были отрицательными (последние результаты получены за пять дней до настоящей госпитализации). Специфического лечения не получала. Заболела за месяц до обращения: кашель, повышение температуры тела до 38-40°С, самостоятельно принимала жаропонижающие и амоксициллин с клавулановой кислотой. Рентгенологически выявлена пневмония, госпитализирована. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы нормальной окраски, сухие, участки шелушения кожи, умеренной гиперпигментации в области живота, на конечностях. Цианоз носогубного треугольника. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Участие дополнительной мускулатуры в дыхании. Аускультативно – жесткое дыхание, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, там же влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. SpO2 54%. Начата неинвазивная масочная вентиляция. В общем анализе крови лимфоциты: 12%; через неделю от начала госпитализации 6%; через 2 недели - 3%, нейтрофильный сдвиг резко влево (сегментоядерные нейтрофилы 84%), тромбоцитопения $95 \times 10^9 / \text{л}$, скорость оседания эритроцитов 10 мм/час. В биохимическом анализе крови: аланинаминотрансфераза 17, аспартатаминотрансфераза 90, гамма-глутамилтранспептидаза 81, мочевины 11,3; креатинин 174; С-реактивный белок 150,0; прокальцитонин 2,22 нг/мл. HBsAg, анти-HCV – отрицательны. При микробиологическом исследовании мокроты выделены грибы рода *Candida albicans*. При рентгенографии органов

грудной клетки картина двухсторонней полисегментарной пневмонии. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен кандидоз пищевода. При компьютерном томографическом исследовании органов грудной клетки – картина, которую необходимо дифференцировать между массивной двухсторонней интерстициальной пневмонией и пневмоцистной пневмонией. При повторной рентгенографии органов грудной клетки с интервалом в 2 недели отрицательная динамика – снижение прозрачности легочных полей из-за усиления легочного рисунка по смешанному типу, двусторонний гидроторакс. При биопсии кожи обнаружен фиброз дермы, периваскулярная рассеянная лимфоцитарная инфильтрация. Проводилась инфузионная, антибактериальная, профилактическая противозвонная и антикоагулянтная, муколитическая, прокинетическая, респираторная, инотропная терапия, ИВЛ. В связи с нарастанием ДН, нестабильностью гемодинамики пациентка была интубирована, через четыре дня наложена трахеостома. В бронхосмыве выявлена ДНК возбудителя пневмоцистной пневмонии. При ПЦР на содержание РНК ВИЧ 10 млн копий/мл. Несмотря на проводимую терапию, состояние прогрессивно ухудшалось. На фоне нарастания явлений полиорганной недостаточности констатирована биологическая смерть пациентки. При аутопсии – совпадение клинического и патологоанатомических диагнозов.

Обсуждение. У представленной пациентки обнаружение возбудителя пневмоцистной пневмонии явилось основанием для дополнительного обследования, позволившего выявить основное заболевание – ВИЧ-инфекцию, которая долгое время оставалась неподтвержденной. У длительно лихорадящих больных необходимо проведение всестороннего диагностического поиска причины заболевания. При подозрении на оппортунистическую инфекцию, следует искать причину снижения иммунитета путем назначения дополнительных анализов, одним из которых является количественная ПЦР на РНК ВИЧ.

Ассоциации полиморфных маркеров генов β 1- и β 2-адренорецепторов с изменениями сердечно-сосудистой системы у лиц экстремальных профессий

Ефимов С.В., Черкашин Д.В.

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

Введение. Водолазная специальность является одной из экстремальных профессий, деятельность которой проходит в условиях воздействия целого комплекса неблагоприятных факторов. Пребывание в условиях повышенного давления газовой среды способствует возникновению структурно-функциональных изменений системы кровообращения, не выходящих за границы возрастной нормы, которые с течением времени приводят к быстрому развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Идея. Для определения причины подобных изменений нам представилось целесообразным изучить наследственно обусловленные особенности системы кровообращения, связанные с ее рецепторным аппаратом. β 1- и β 2-адренорецепторы играют центральную роль в сердечно-сосудистой регуляции. Оба типа β -адренорецепторов полиморфны: для гена β 1-адренорецептора (ADRB1) существует 2 наиболее значимых в клиническом отношении полиморфных маркера (Ser49Gly, Arg389Gly), и для β 2-адренорецептора (ADRB2) - (Arg16Gly, Gln27Glu). Полиморфизм генов этих рецепторов определяет различие в реакции организма на воздействие внешней среды. Преимущественная встречаемость определенных генотипов может приводить к значимым различиям при нормальных значениях показателей. Однако это требует дополнительной доказательной базы.

Цель. Определение ассоциации полиморфных маркеров генов β 1- и β 2-адренорецепторов с структурно-функциональными особенностями сердечно-сосудистой системы у лиц экстремальных профессий.

Материалы и методы. В качестве лиц экстремальных профессий рассматривались водолазы. Обследовано 76 здоровых мужчин в возрасте от 23 до 43 лет, в основную группу входило 33 водолаза, в контрольную – 43 мужчины, не подвергавшиеся воздействию гипербарии. Для комплексной оценки состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) использовались электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, эхокардиография, объемная сфигмография (VaSera-1500N Fukuda Denshi (Япония)), суточное мониторирование ЭКГ. Суммарно оценивалось состояние здоровья обследуемых по 176 количественным показателям. Средние значения показателей не выходили за границы нормы. Оценивались ассоциации полиморфных маркеров генов ADRB1 и ADRB2 с изменениями выделенных 176 показателей. Идентификация полиморфных маркеров Ser49Gly (rs1801252) и Arg389Gly (rs1801253) в гене ADRB1, Arg16Gly (rs1042713) и Gln27Glu (rs1042714) в гене ADRB2 проводилась с помощью проведения полимеразной цепной реакции с использованием комплектов реагентов производства ООО «НПФ Литех» (Россия).

Результаты и обсуждение. Распределение генотипов по полиморфизму генов ADRB1 и ADRB2 не отличалось в основной и контрольной группах и соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Поэтому дальнейший анализ проводился по объединенной группе. Показатели, характеризующие электрофизиологическую работу сердца, центральную и периферическую гемодинамику достоверно не различались у носителей различных генотипов по полиморфизму генов ADRB1 и ADRB2. В связи с этим был осуществлен анализ ассоциаций на уровне комбинаций полиморфных маркеров генов ADRB1 и ADRB2. Для гена ADRB1 значимые ассоциации с показателями структурно-функционального состояния системы кровообращения были выявлены 4 комбинации полиморфных маркеров: Arg389Arg-Ser49Ser, Gly389Gly-Ser49Gly, Arg389Arg-Ser49Gly, Arg389Gly-Ser49Gly. Для гена ADRB2 значимых ассоциаций выявлено не было. Комбинации полиморфных маркеров Arg389Arg-Ser49Ser ассоциированы с повышением уровня функционирования синусового узла за счет усиления влияния симпатической нервной системы (СНС). Комбинации полиморфных маркеров Arg389Arg-Ser49Gly ассоциированы с ослаблением влияния СНС, замедлением ремоделирования миокарда, снижением жесткости артериальной стенки. Комбинации полиморфных маркеров Arg389Gly-Ser49Gly ассоциированы с усилением регуляции сердечного ритма СНС, со снижением артериального давления (АД), уменьшением жесткости артериальных сосудов, ремоделирования миокарда. Комбинация полиморфных маркеров Gly389Gly-Ser49Ser ассоциированы с ослаблением влияния СНС на регуляцию сердечного ритма, замедлением ремоделирования миокарда, нарастанием жесткости артериальных сосудов.

Заключение. Для лиц экстремальной профессии (водолазов) наиболее благоприятным является комбинация полиморфных маркеров гена ADRB1 Arg389Arg-Ser49Gly, которая ассоциирована с положительным влиянием на сердечно-сосудистую систему, проявляющуюся снижением влияния СНС на регуляцию сердечного ритма, уменьшением жесткости артериальной стенки и предотвращением ремоделирования миокарда.

Особенности variability артериального давления у больных хронической болезнью почек 5 стадии. Метаболические параллели

Иевлев Е.Н., Казакова И.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Городская клиническая больница №6, Ижевск

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из ведущих причин в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых катастроф у больных с хронической болезнью почек 5д стадии. Пациенты с АГ без должного ночного снижения АД, по данным литературы, имеют вдвое больший процент сердечно-сосудистых катастроф и особенно риска развития мозгового инсульта. Механизмы, ответственные за нарушения циркадного ритма АД у пациентов с почечной недостаточностью, остаются неясными. Цель исследования. Выявить взаимосвязи показателей вариабельности АД и биохимических параметров у больных, находящихся на программном гемодиализе.

Материалы и методы. В исследование были включены 55 больных с АГ получавших лечение программным гемодиализом отделения БУЗ УР ГKB №6 МЗ УР г. Ижевска. Мужчин и женщин было поровну. Средний возраст больных составил 48,6±6,7 лет. Процедуры выполнялись на аппаратах 4008S (Fresenius, Германия) 3 раза в неделю по 4 часа. Пациентам проведено СМАД (аппарат МЭКГ-ДП-НС-01, 2003г.) в течение 23,4±0,5 часов. Оценивалась взаимосвязь биохимических анализов с СМАД, проведенных в соответствии со стандартами диагностики больных, находящихся на программном гемодиализе. Определение электрофоретической подвижности эритроцитов проводилось с помощью комплекта «Цито-Эксперт» (ОАО «Аксион холдинг», г. Ижевск, ЮМГИ.941413.001, 2010г.). Осуществлялось измерение средней амплитуды колебания эритроцитов (САКЭ), показателя асимметрии. Статистический анализ проводился с помощью программы StatPlus 2009.

Результаты исследования: Согласно полученным данным нормальный суточный ритм (Dipper) встречался у 7,1% пациентов по САД и 23,8% по ДАД. У большинства пациентов тип вариабельности суточного ритма был *nicht reacker*, который характеризуется парадоксальной ночной гипертензией, т.е. отчетливый подъем АД ночью. Так САД в ночные часы повышалось в 69,1% случаев, ДАД в 42,9% случаев. Также встречались лица с недостаточным снижением ночного АД (*non dipper*) 23,8% по САД и 33,3% по ДАД. Пациенты с чрезмерным снижением ночного АД в нашем исследовании не встречались. В последние годы все пристальное внимание уделяется ЧСС, которая рассматривается как независимый фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. У большинства пациентов включенных в исследование была склонность к тахикардии с ЧСС=80,2±7,3 уд. мин. Показатель вегетативного индекса Кредо у 90,5% пациентов соответствовал преобладанию парасимпатического тонуса, у 8,5% – симпатического тонуса. Важно отметить, что склонность к тахикардии рядом авторов расценивается, как показатель увеличения активности вегетативной нервной системы. У пациентов, находящихся на программном ГД, выявлено превышение референсных значений пульсового давления в 100% случаев, что в среднем составило 52,3±8,2мм рт.ст. Данный показатель коррелировал с выявленными связями уровня пульсового давления в конце процедуры гемодиализа с уровнем ПТГ ($r_s=0,78$; $p<0,001$) и фосфора ($r=0,63$; $p<0,001$), кальция ($r=0,57$; $p<0,001$), что свидетельствует о более тяжелых нарушениях фосфорно-кальциевого обмена у больных с АГ. При проведении корреляционного анализа выявлена связь величины утреннего подъема САД и ДАД с уровнем мочевины ($r=-0,77$; $p<0,001$ и $r=-0,87$; $p<0,001$, соответственно), калия ($r=-0,8$; $p<0,001$ и $r=-0,8$; $p<0,001$, соответственно), натрия ($r=0,74$; $p<0,001$ и $r=0,69$; $p<0,001$, соответственно) и фосфора ($r=-0,7$; $p<0,001$ и $r=-0,78$; $p<0,001$, соответственно). Нами установлены корреляции САКЭ со степенью ночного снижения АД (САД $r=0,73$, $p<0,001$; ДАД $r=0,63$, $p<0,001$) и с ЧСС ($r=-0,64$, $p<0,001$). Степень ночного снижения АД является не только определяющим вид суточного ритма АД, но и значительно влияющим на выживаемость пациентов с АГ. Также показатель САКЭ имел связь и с ЧСС ($r=-0,66$, $p<0,01$).

Заключение. Таким образом, у больных с АГ, получающих лечение программным ГД, преобладают суточные ритмы АД типа *nightrpeakers*, *pondrippers*. Величина утреннего подъема САД и ДАД связана с нарушением

ионного баланса и азотистого обмена. Увеличение пульсового давления сочетается с гиперфосфатемией, гиперкальциемией и повышением ПТГ. Медикаментозная терапия больных с артериальной гипертензией должна сочетать в себе коррекцию метаболических показателей со снижением АД и урежением ЧСС. Степень ночного снижения АД имеет связь с показателями электрофоретической подвижности эритроцитов, что в перспективе может быть применено для контроля эффективности антигипертензивной терапии.

Оценка эффективности и безопасности фармакотерапии антикоагулянтами при фибрилляции предсердий в условиях амбулаторной клинической практики в Свердловской области

Каприлов А.И.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение: с точки зрения безопасности, отсутствуют различия между пароксизмальной, персистирующей и постоянной формами фибрилляции предсердий (ФП), все они связаны с эквивалентным повышением риска инсульта. Клиническая значимость исследования заключается в необходимости объективной оценки адекватности назначаемой в условиях реальной амбулаторной практики антикоагулянтной терапии (АКТ), в выявлении недостатков оказания медицинской помощи пациентам с ФП. Цель исследования: оценить частоту назначения, эффективность и безопасность АКТ у больных неклапанной ФП в лечебных учреждениях Свердловской области.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 79 человек, находящихся на диспансерном учете в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Екатеринбурга и Нижнего Тагила Свердловской области. Критерии включения – наличие у пациента неклапанной ФП и подписанное пациентом информированное согласие на участие в исследовании. При обследовании пациентов использовался специально разработанный опросник, а также шкала CHA2DS2-VASc. Эффективность терапии оценивалась по количеству пациентов, использующих АКТ, а также по достижению целевого уровня показателя МНО для респондентов, принимающих варфарин. Для описания данных использовались медиана, доверительный интервал, стандартное отклонение; для проверки достоверности различия показателей – критерий Фишера при $p<0,05$. Результаты: выборка включала 79 пациентов, из них 36 мужчин (46%) и 43 женщины (54%). Медиана возраста мужчин – 69 (27÷86) лет, женщин – 66 (30÷84) лет. Ишемический инсульт перенесли 24,0% пациентов, транзиторные ишемические атаки – 6,3%, геморрагический инсульт – 1,3% (один пациент из выборки, перенесший геморрагический инсульт, за год до назначения АКТ), острый инфаркт миокарда – 12,7%. Стабильная стенокардия выявлена у 32,9% пациентов, гипертоническая болезнь – 84,8%, хроническая сердечная недостаточность – 64,6%, сахарный диабет 2 типа – 24%. При исследовании постоянная форма ФП была выявлена у 49,4% пациентов, персистирующая форма ФП – 7,6%, пароксизмальная форма ФП – 43,0%. На момент проведения обследования большая часть исследуемых (64 пациента) принимает АКТ (81,0%). Однако, принимая во внимание шкалу прогнозирования риска ишемического инсульта и системного тромбоэмболизма при ФП (CHA2DS2-VASc), 66 пациентам показана АКТ. Первым препаратом, применяемым в АКТ при ФП, стал: варфарин – у 31,6% пациентов; новые оральные антикоагулянты (НОАК): ривароксабан – 24,1%, апиксабан – 10,1% (ингибирующие Ха

фактор свертывания крови), дабигатран – 15,2% (прямой ингибитор тромбина). 16,5% пациентов на данный момент используют варфарин при лечении ФП. Уровень МНО у данных пациентов составил 2,17 (ДИ – 1,87; 2,27). 15,1% пациентов прекратили прием данного препарата из-за возникших осложнений. Общий уровень назначения НОАК составил 71,9% в исследуемой выборке. Осложнения от приема НОАК составили лишь 7,8% пациентов в выборке, из них 4,69% – желудочно-кишечное кровотечение, 1,56% – носовое кровотечение и кровоизлияние в стекловидное тело глаза. При исследовании выявлена необоснованная замена АКТ двойной антиагрегационной терапией (ацетилсалициловая кислота 100 мг, клопидогрел 75 мг) у 3,1% пациентов.

Обсуждение: 66 пациентам была показана антикоагулянтная терапия. Ни один из пациентов не прекратил лечение антикоагулянтами. Эффективность проводимой терапии оказалась успешной, достигнут целевой уровень МНО. Стоит отметить высокую осведомленность врачей амбулаторного звена о новых оральных антикоагулянтах. Последние были назначены в 1,5 раза чаще, чем варфарин. В исследуемой выборке при использовании АКТ не было выявлено побочных эффектов и осложнений, проводимую терапию можно считать адекватной и положительной. Следует отметить, что в исследование были включены пациенты, обратившиеся на прием. Заключение: больные с ФП имеют высокий риск инсульта и тромбоэмболических осложнений. Для врача первичного звена стоит ответственная задача в тактике ведения пациентов с ФП – подобрать рациональную фармакотерапию антикоагулянтами. Амбулаторно-поликлиническая служба Свердловской области осведомлена в применении АКТ и успешно использует ее в лечении ФП. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 18.05.2018).

Выявление онкологических заболеваний на ранней стадии в условиях амбулаторно-поликлинического звена в городе Екатеринбурге

Капралов А.И., Николаенко О.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Введение. Ежегодно примерно полумиллиону россиян ставят диагноз «рак», порядка 280 тысяч наших граждан уходят из жизни из-за этой болезни. При этом, если выявить новообразование на первой-второй стадии, то вылечить его можно примерно в 95% случаев. Перед врачом-терапевтом первичного звена стоит важная задача – выявить посредством анкетирования онкологические заболевания на ранней стадии. Важно понимать, что каждый врач-клиницист должен быть всегда онконасторожен.

Цель исследования: заподозрить и/или выявить онкологические заболевания на ранней стадии в условиях амбулаторно-поликлинического звена города Екатеринбурга.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 1200 человек, обращающиеся на первичный прием к врачу-терапевту амбулаторно-поликлинического учреждения МБУ «Центральная городская больница №7» и МАУ «Центральная городская больница №24» города Екатеринбурга. Критерии включения – возраст пациентов старше 30 лет, пришедшие на первичный прием к врачу-терапевту, и подписанное пациентом информированное согласие на участие в исследовании. При обследовании пациентов использовалась специально разработанная анкета, состоящая из трех разделов, в которых перечислялись основные жалобы и симптомы, позволяющие заподозрить онкологические заболевания на ранней стадии. Для описания данных использовались медиана, доверительный интервал, стандартное отклонение; для проверки

достоверности различия показателей – критерий Фишера при $p < 0,05$. Так как доверительная вероятность составляет 95%, доверительный интервал 5%, а генеральная – совокупность жалоб и симптомов, по которым проводилось анкетирование, – три раздела в каждом исследовании, то выборку можно считать репрезентативной. Гипотеза о нормальном законе распределения, где $\chi^2_{эмп} > \chi^2_{кр}$, принимается на уровне значимости $p = 0,05$ в данном исследовании.

Результаты. Выборка включала 1200 пациентов, из них 502 мужчины (41,8%) и 698 женщин (58,2%). Медиана возраста мужчин – 57 (32÷79) лет, женщин – 65 (30÷82) лет. На базе ЦГБ №24 исследовано 800 человек (66,6%), ЦГБ №7 – 400 человек (33,4%). Анализируя данные по структуре отклонений в разделе №1 данной анкеты, получены следующие значения: 8,0% указали жалобы на одышку; 6,3% – наличие пигментных образований на коже; 2,7% – эрозии на коже; 1,6% – увеличение лимфатических узлов; 77,0% – указанных жалоб не обнаружили. Во втором разделе, который был представлен анкетирваемым для анализа, вопросы были связаны с гастроэнтерологией и проктологией. Так, 9,0% пациентов отметили боль и тяжесть в области живота; 5,3% – запоры более 3 дней, стул со слизью и кровью; 4,8% – ухудшение аппетита; 81,0% – указанных жалоб не отметили. Заключительный, третий раздел, был посвящен женщинам репродуктивного возраста и в постклимактерическом периоде. 85,3% женщин жалоб, связанных с репродуктивной системой, не предъявляли. Лишь 5,3% отметили кровянистые выделения из влагалища вне менструаций; 3,8% – увеличение размеров живота на фоне умеренной прибавки массы тела; 2,8% – тянущие боли в пояснице и внизу живота. Для обобщения полученных результатов была высчитана вовлеченность врачей специальностей в маршрутизации больных для выявления онкологических заболеваний на ранней стадии. Так, основная роль принадлежит гастроэнтерологам (14,3%), гинекологам (11,6%), терапевтам (10,9%), $p = 0,05$.

Обсуждение. Основные жалобы исследуемые предъявляли на заболевания, связанные с сердечно-сосудистой системой, органами дыхательной и репродуктивной системы, желудочно-кишечным трактом. Врачебные специальности, которые задействованы в маршрутизации пациентов для выявления онкологических заболеваний на ранней стадии – гастроэнтеролог, гинеколог, терапевт.

Заключение. Врачей первичного звена всегда должна интересовать онконастороженность. Для успешного выявления онкологических заболеваний на ранней стадии врачи всех специальностей должны работать в команде и быть настроены на положительный результат, проводить скрининговые тесты и активно заниматься санитарно-просветительской работой.

Проблема коморбидности и скорость прогрессирования сахарного диабета

Кирмасова О.А., Уалиханова А.У., Пильчук П.С., Курникова И.А.

Российский университет дружбы народов, Москва

Введение. Улучшение качества медицинского обслуживания и, как следствие, увеличение продолжительности жизни благоприятно сказывается на общественном здоровье населения с одной стороны и является предиктором возникновения такой серьезной проблемы, как коморбидность, с другой. В современной медицине проблема коморбидности является одной из приоритетных и активно изучается, как российскими, так и зарубежными исследователями. Особый интерес представляет изучение заболеваний с системным вовлечением в патологический процесс большого числа органов. К числу таких

заболеваний относится сахарный диабет 2 типа (СД2). С практической точки зрения, важно понимать, что СД является не изолированной нозологией, а полисиндромальным заболеванием, со сложным, как внутри, так и внеструктурным взаимодействием и, несомненно, должен рассматриваться в рамках коморбидности.

Идея. Отдельный вопрос, находящийся в стадии изучения, стоит в том, как коморбидность влияет на скорость прогрессирования СД. Одной из важнейших характеристик прогрессирования процесса является формирование инсулиновой потребности. Исследования по этой теме малочисленны и их результаты далеко неоднозначны. Все это послужило основой для нашего интереса и создания этой работы.

Цель: изучить влияние осложнений сахарного диабета и общего уровня коморбидности на риск формирования инсулиновой потребности и вторичной инсулинорезистентности (ИР) у больных СД 2.

Материал и методы: в исследование было включено 73 человека обоего пола в возрасте от 45 до 70 лет. В зависимости от дозы получаемого инсулина (в пределах физиологической потребности или более высокой) пациенты были распределены на две группы: получающих дозу инсулина ≤ 40 Ед/сут. (гр.1) – 45 чел.; получающих дозу инсулина > 40 Ед/сут. (гр.2) – 28 чел. При обследовании пациентов особое внимание было уделено изучению таких параметров, как длительность СД2, индекс массы тела (ИМТ), уровень гликированного гемоглобина, уровень коморбидности по шкале CIRS. Была произведена оценка осложнений СД2 как факторы формирования вторичной ИР.

Результаты: показатели среднего возраста пациентов в обеих группах были очень близки ($61,2 \pm 3,9$ и $62,3 \pm 4,5$ лет). В группе 2 чаще оказывались пациенты с ожирением (ИМТ= $34,8 \pm 3,2$ кг/м²), чем в группе 1 (ИМТ= $28,8 \pm 2,8$ кг/м²), что частично объясняет более высокую потребность в экзогенном инсулине. По критериям ежедневного гликемического контроля значимых различий между группами не выявлено, уровень HbA1c был у пациентов группы 1 – $8,23 \pm 0,6\%$, в группе 2 – $9,92 \pm 0,4\%$. Среди осложнений наиболее значимым фактором формирования вторичной ИР – наличие у пациента диабетической автономной нейропатии (ДАН): риск развития вторичной ИР увеличивается в 1,7 раз (1 группа – 28 человек; RR – 1,7; CI 95% – 1,42–2,03). При изучении уровня коморбидности, как фактора риска формирования инсулиновой потребности было выявлено, что низкий уровень коморбидности в группе сравнения выполнял протективную функцию. Но, как только уровень коморбидности превышал значения 14 баллов, риск формирования инсулиновой потребности увеличивался в 1,46 раза, а при сохранении этих тенденций прогностический риск (OR) увеличивался до 3,85. Обсуждение: как показали данные нашего исследования уровень коморбидности – показатель, который наряду с длительностью заболевания и возрастом пациентов, оказался значимым фактором влияния на скорость прогрессирования СД2 и его осложнений. Влияние этого фактора имело самостоятельное значение для формирования инсулиновой потребности, что мы связываем с быстрым истощением собственных ресурсов инсулиновой секреции у этих пациентов с одновременным прогрессированием первичной ИР. Высокий уровень ИР снижает эффективность терапии СД2 и достижение удовлетворительной компенсации СД. И, очевидно, что лечение коморбидной патологии можно рассматривать как средство профилактики прогрессирования СД. Выводы. К факторам риска формирования вторичной ИР у больных СД2 можно отнести длительность заболевания более 10 лет, ИМТ выше 34 кг/м², неудовлетворительный уровень компенсации СД2, также наличие ДАН. Принципиальное значение для формирования вторичной ИР имеет только очень высокий уровень коморбидности – более 14 баллов по критериям кумулятивной шкалы рейтинга заболеваний. У пациентов, имеющих уровень коморбидности по CIRS > 14 –16 баллов, в 1,5 раза чаще формируется вторичная ИР, а прогностический риск (OR) составляет 2,33.

Изменение функциональной активности макрофагов в зависимости от уровня pH рефлюктата при различных клинических вариантах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Кладовикова О.В., Лямина С.В., Маев И.В., Малышев И.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Воздействие желудочного рефлюктата на пищевод является одним из основных факторов, определяющих тяжесть гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Рефлюктат провоцирует активное воспаление слизистой оболочки пищевода, сопровождающееся умеренной инфильтрацией иммунными клетками, в том числе – макрофагами. Учитывая, что изменение функциональной активности макрофагов зависит от их фенотипа (M1/M2) и строго коррелирует с системным Th1/Th2 иммунным ответом, макрофаги оказывают значимое влияние на течение воспалительных реакций в слизистой пищевода и во многом определяют особенности клинического течения ГЭРБ.

Идея. Характер рефлюктата оказывает различное влияние на преобладающий фенотип макрофагов и их функциональную активность, моделируя процесс воспаления в слизистой пищевода и особенности клинического течения ГЭРБ.

Цель. Обобщенный анализ функциональной активности макрофагов и моноцитов при различных клинических вариантах ГЭРБ с учетом воздействия рефлюктатов с различной величиной pH.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ; $n=26$, $41,2 \pm 3,6$ лет), эрозивной рефлюксной болезнью (ЭРБ; $n=25$; $41,9 \pm 3,1$ лет) и пищеводом Барретта (ПБ; $n=19$; $43,7 \pm 4,2$ лет). Оценка функциональной активности макрофагов производилась кумулятивно *in vitro* путем местного воздействия рефлюктата пациентов на макрофаги и оценки изменения моноцитов/макрофагов в системном кровообращении. *In vitro* модель включала добавление рефлюктатов пациентов ($n=70$) с различным pH ($4,6$ – $8,1$) к перитонеальным макрофагам мышей генетической линии C57/BL6 ($n=70$) с дальнейшим 36-часовым культивированием клеток в стандартных условиях. Моноциты были выделены из системного кровотока и доращивались до макрофагов (MDM) в стандартных условиях культуры клеток. Анализ функциональной активности макрофагов и моноцитов/MDM включал оценку секреторной функции (продукция Th1/Th2 цитокинов в культуральной среде, Antigenix, США) и рецепторные характеристики клеток – по уровню экспрессии характерных M1/M2 CD маркеров макрофагов (CD25, CD80 и CD163, CD206 соответственно) методом проточной цитофлуориметрии (FC500, Beckman Coulter). Во всех группах пациентов проанализированы средние значения pH рефлюктатов. Результаты. Наибольшие показатели уровня pH отмечены в группе ЭРБ ($6,53 \pm 0,41$), в группах ПБ и НЭРБ показатели составили $5,52 \pm 0,24$ и $5,44 \pm 0,32$, соответственно. Анализ продукции цитокинов выявил преобладание продукции Th1 провоспалительных и Th1/Th2 бивалентных (IL-2, IL-6) цитокинов по сравнению с Th2. Наиболее значительные изменения во всех группах пациентов затрагивали такие Th1-цитокины, как IL-8, IL-12, INF- γ ; Th2 - IL-4, IL-5, IL-10. Во всех группах продукция IL-8 и IL-4 была преобладающей. В группе ПБ уровень IL-8 был выше в 1,4 раза в сравнении с ЭРБ ($60,3 \pm 0,4$ пг/мл и $44,2 \pm 0,4$ пг/мл соответственно, $p < 0,05$); продукция IL-4 была выше в 2 раза по сравнению с НЭРБ ($13,3 \pm 0,7$ пг/мл и $6,8 \pm 0,6$ пг/мл соответственно, $p < 0,05$). Для обобщенного анализа секреторной активности использован разработанный индекс продукции Th1/Th2 цитокинов. Индекс варьировал в группах: 4,9; 5,7 и 7,2 для ЭРБ, ПБ и НЭРБ, соответственно. Анализ экспрессии поверхностных рецепторов

макрофагов M1/M2 выявил преобладание M1 фенотипа во всех группах как макрофагов, так и моноцитов/MDM, выделенных из крови пациентов. Наиболее высокие значения индексов экспрессии маркеров M1/M2 отмечены в группе ПБ как для макрофагов (2,96), так и для моноцитов (2,56), наименьшие значения - в группе ЭРБ (2,08 для макрофагов, 1,98 для моноцитов). Полученные данные отражают ту же тенденцию, что и анализ секреторной активности макрофагов в группах.

Обсуждение. Обобщенный анализ функциональной активности макрофагов при различном клиническом течении ГЭРБ с учетом различных уровней pH рефлюктата, выявил характерные изменения функциональной активности макрофагов в группах. Прогрессивное снижение уровня продукции Th1/Th2 цитокинов и уровня экспрессии M1/M2 поверхностных CD-маркеров макрофагов и моноцитов отмечено при воздействии рефлюктата с более высокими значениями pH и были характерны для пациентов с ЭРБ. Проведение работы одобрено Межвузовским Комитетом по этике. Протокол №04-17 Межвузовского комитета по этике от 20.04.2017.

Особенности психоэмоционального и функционального состояния больных в зависимости от исхода острого коронарного синдрома

Коробова В.Н., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться одной из основных причин инвалидизации и смертности населения. Наиболее жизнеугрожающими нозологиями являются обострения ишемической болезни сердца – нестабильная стенокардия (НС) и острый инфаркт миокарда (ОИМ). В этой связи целью исследования стала сравнительная оценка психоэмоционального и функционального состояния пациентов с НС и ОИМ в условиях госпитальной и постгоспитальной реабилитации. Материалы и методы. В исследование было включено 197 больных (137 мужчин и 60 женщин) в возрасте 40-65 лет ($56,9 \pm 6,2$), поступающих с диагнозом ОКС. Ретроспективно по окончательному диагнозу пациенты были распределены на две рандомизированные группы: I – больные НС – 86 человек, II – больные ОИМ – 111 человек. Исследование проводилось на 3, 8 и 14 сутки, через 6 и 12 мес. от поступления, включало: анкетирование (опросник САН и Спилбергера-Ханина), оценку функционального состояния (ФС) с помощью программно-аппаратного комплекса (ПАК) «Омега-М». Опросник САН позволял определить уровень самочувствия (Сан), активности (Акт) и настроения (Нас), методика Спилбергера-Ханина – уровень ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ). ФС оценивалось по следующим показателям: А – адаптация сердечно-сосудистой системы, В – вегетативная регуляция, С – центральная регуляция, D – психоэмоциональное состояние, Н – интегральный показатель ФС.

Полученные результаты. Анализ анкетирования САН и Спилбергера-Ханина показал, что численное значение показателей свидетельствовало об однонаправленной динамике в выделенных группах, однако, для больных ОИМ характерно наличие более выраженного нарушения психоэмоционального состояния, чем в группе больных НС. Исследование ФС пациентов с ПАК «Омега-М» выявило, что во время всего периода наблюдения параметры А, В, С, D, Н регистрировались ниже нормы. Однако у больных с исходом ОКС в ОИМ значения показателей А, С, D, H на 3 сут.; А, D, H – на 8 сут.; А, В, H – на 14 сут.; А, В, С, D, H – через 6 мес. – были ниже, чем у больных с исходом ОКС в НС. Анализ результатов ФС пациентов

через 12 мес. выявил отсутствие разницы между группами ОИМ и НС. Таким образом, у больных ОИМ ряд параметров психоэмоционального и функционального состояния был ниже, чем у больных с исходом ОКС в НС на всех этапах длительного наблюдения, в частности: с 3 по 14 сут. – Акт, СТ, А, D, H, через 6 мес. – все показатели, а к 12 мес. – СТ и ЛТ.

Взаимосвязь параметров функционального состояния больных нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда с показателями эхокардиографии и их динамикой на фоне реабилитации

Коробова В.Н., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и нестабильная стенокардия (НС) продолжают занимать лидирующие позиции среди причин инвалидизации и смертности взрослого населения России, поэтому поиск новых прогностических критериев течения этих заболеваний не теряет своей актуальности. В настоящее время широкое распространение получили аппаратно-программные комплексы (АПК), позволяющие за короткий промежуток времени, получить комплексную оценку о функциональном состоянии (ФС) организма и его резервах. Однако работ по изучению взаимосвязи показателей ФС и классических клинико-инструментальных результатов исследования, в частности параметров систоло-диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) и локальной сократимости миокарда, крайне мало.

В связи с этим, цель настоящей работы – установить взаимосвязь между параметрами ФС больных НС и ОИМ и эхокардиографическими показателями и их динамикой в ходе госпитальной и постгоспитальной реабилитации.

Материалы и методы. Исследование включало 197 больных (137 мужчин и 60 женщин) в возрасте 40-65 лет ($56,9 \pm 6,2$), поступающих с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС). Ретроспективно пациенты были распределены на две группы: I-я – пациенты с НС (n1=86), II-я – пациенты с ОИМ (n2=111). Протокол исследования был одобрен региональным этическим комитетом при ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России 09.11.15 г. Диагноз ОИМ и НС устанавливался согласно общепринятым критериям с учётом маркёров некроза миокарда, наличия типичной клинической картины и характерных изменений на ЭКГ. Медикаментозная терапия соответствовала стандартам. ФС пациентов оценивалось на 3-е, 8-е и 14-е сут., к 6-му и 12-му мес. с помощью АПК «Динамика-Омега-М» по следующим показателям: А – адаптация сердечно-сосудистой системы, В – вегетативная регуляция, С – центральная регуляция, D – психоэмоциональное состояние, Н – интегральный показатель здоровья ($H=(A+B+C+D)/4$). Допплер-эхокардиография проводилась на 3-е и 14-е сут., к 6-му и 12-му мес. с оценкой структурных показателей и трансмитральных потоков. Статистическая обработка осуществлялась пакетом программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute, Cary, NC, USA). Взаимосвязь между показателями оценивали по линейной корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена, считая достоверным $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В группе НС наиболее значимая корреляционная связь была установлена между значениями следующих параметров: показателя ЛЖ на 3-е сут. и динамикой конечно-систолического размера (КСР) ЛЖ от 3-х сут. к 6-му (-0,28) и 12-му мес. (-0,39) и от 14- сут. к 6-му (-0,29) и 12-му мес. (-0,40), динамикой фракции выброса (ФВ) от 3-х сут. к 6-му (0,32) и 12-му мес. (0,38) и от 14-х сут. к 6-му (0,35) и 12-му мес. (0,40),

динамикой времени замедления раннего диастолического наполнения (DT) от 14-х сут. к 6-му мес. (0,30); показателя А на 8-е сут. и динамикой конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ от 14-х сут. к 12-му мес. (-0,25), динамикой КСР ЛЖ от 3-х и 14-х сут. к 12-му мес. (-0,34 и -0,36), динамикой ФВ от 3-х и 14-х сут. к 12-му мес. (-0,33 и -0,35), а также с динамикой DT от 14-х сут. к 6-му мес. (0,27); показателя В на 8-е сут. и динамикой DT от 3-х к 14-м сут. (0,51). В группе ОИМ корреляционный анализ позволил установить взаимосвязь показателя А на 3-е сут. с динамикой КДР ЛЖ от 3-х сут. к 14-м сут. (0,29) и к 6-му мес. (0,34), динамикой КСР ЛЖ от 3-х к 14-м сут. (0,26) и динамикой ФВ от 3-х сут. к 6-му (0,38) и 12-му мес. (0,41), динамикой времени изоволюмического сокращения ЛЖ (IVCT) от 3-х сут. к 12-му мес. (0,52). Показатель В на 3-е сут. имел взаимосвязь со значением ФВ на 14-е сут. (0,26) и 6-й мес. (0,36) и динамикой ФВ от 3-х к 14-м сут. (0,27), значениями индекса локальной сократимости ЛЖ к 6-му (-0,28) и 12-му мес. (-0,31), показатель С на 3-е сут. – с динамикой КДР ЛЖ от 3-х сут. к 12-му мес. (0,34), показатель D на 3-е сут. – с динамикой отношения максимальных скоростей раннего и позднего наполнения (Е/А) от 3-х к 14-м сут. (0,55). Учитывая вышеизложенное, представляется обоснованным использование параметров ФС на начальных этапах госпитальной реабилитации в качестве прогностических критериев восстановления систоло-диастолической функции ЛЖ больных НС и ОИМ, а также локальной сократимости миокарда ЛЖ у больных ОИМ.

Показатели нутритивного статуса как факторы риска летального исхода у больных на гемодиализе

Королева И.Е., Абрамова Е.Э., Тов Н.Л., Мовчан Е.А.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

Цель исследования. Изучить влияние показателей нутритивного статуса на риск летального исхода у больных на гемодиализе.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 29 месяцев находились 144 пациента, получающие заместительную почечную терапию (ЗПТ) программным гемодиализом в отделении нефрологии и гемодиализа ГБУЗ НСО «ГНОКБ». Возраст пациентов составил от 14 лет до 81 года (средний возраст 48,04±13,29), продолжительность ЗПТ от 3 до 298 (103,4±70,42) месяцев. Всем пациентам проводился бикарбонатный гемодиализ на аппаратах «искусственная почка» фирмы Fresenius с использованием воды, подвергнутой глубокой очистке методом обратного осмоса, капиллярных диализаторов с площадью 1,0-2,1 м². Сеансы диализа проводились 3 раза в неделю по 4 часа. Программный гемодиализ был адекватным, целевой фактический Kt/V составлял ≥1,2. За время наблюдения в 26,3% случаев (38 больных) зафиксирован летальный исход. Всем пациентам был рассчитан индекс массы тела (индекс Кетле), проводили стандартное клинико-лабораторное обследование. На первом этапе были выявлены признаки, значимо различающиеся в исследуемых группах. На втором этапе был проведен однофакторный анализ выживаемости по Каплану-Майеру. Анализ полученных данных проводили с использованием стандартных методов описательной статистики: вычисление медианы и интерквартильной широты. Значимость различий между группами для качественных признаков оценивалось по критерию χ^2 . Для оценки различий количественных признаков использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Для анализа связи между двумя признаками применялся метод ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS 17.0.

Результаты. При сравнении групп с летальным исходом и выживших пациентов было выявлено, что умершие пациенты были старше ($p = 0,001$), более длительное время находились на гемодиализе ($p = 0,001$), имели более низкие показатели альбумина ($p = 0,001$) и более высокие показатели СРБ ($p = 0,001$). Кроме того в этой группе выявлялась тенденция к снижению уровня лимфоцитов ($p = 0,07$). Различия исследуемых групп по ИМТ, уровню трансферрина, холестерина и Kt/V были минимальными и статистически не достоверными. При сопоставлении исследуемых групп по ИМТ, в группе пациентов с летальным исходом доля лиц, имеющих дефицит массы тела (ИМТ < 18,5) была достоверно выше по сравнению с группой выживших ($p = 0,004$). Избыточная масса тела (ИМТ 25,0 – 29,9) и ожирение (ИМТ 30,0 и >) также несколько чаще отмечались в группе с летальным исходом, однако эти различия оказались статистически недостоверными. В группе выживших преобладали пациенты с нормальной массой тела (ИМТ 18,5 – 24,4) ($p = 0,024$). Для однофакторного анализа выживаемости по методу Каплана-Майера, согласно рекомендациям ВОЗ пациенты по ИМТ были разделены на три группы: с дефицитом (<18,5), нормальной (18,5-24,4) и с избыточной массой тела (25,0-29,9). В связи с отсутствием статистической достоверности на предыдущем этапе, больные с ожирением в анализ не включались. Выживаемость за период наблюдения в группе с дефицитом массы составила 40%, с нормальной – 80% и с избыточной – 73,3% ($p = 0,041$). Для альбумина в качестве порогового уровня, на основании рекомендаций Европейского общества по питанию (2007г.) была выбрана концентрация 40 г/л и сформировано две группы пациентов. У пациентов, с уровнем альбумина более 40 г/л выживаемость в течение 5 лет составила 86,7%, а у больных с концентрацией альбумина меньше 40 г/л – 64,3% соответственно ($p = 0,053$). Для СРБ в качестве порогового значения принята верхняя граница нормы 5 и выделено две группы больных. В группе с нормальным уровнем СРБ выживаемость составила 86,3%, в то время как у пациентов с повышением уровня СРБ – 57,8% ($p = 0,0001$). При оценке взаимосвязи СРБ как маркера острой фазы воспаления и альбумина как показателя нутритивного статуса, выявлена отрицательная слабая корреляция уровня альбумина с СРБ в обеих исследуемых группах (в группе летальных исходов $r = -0,373$, $p = 0,021$, в группе выживших $r = -0,214$, $p = 0,027$).

Заключение. Таким образом, наше исследование показало, что среди показателей нутритивного статуса, факторами риска летального исхода у больных на гемодиализе являются: ИМТ < 18,5, снижение концентрации альбумина менее 40 г/л, уровень СРБ более 5. Кроме того, вероятность летального исхода увеличивается у пациентов в возрасте старше 55 лет.

Определение клинической значимости микроциркуляторных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени

Косивцова М.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Введение. Известно, что у пациента с коморбидной патологией прогноз определяется множеством факторов. У больного с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени большое патогенетическое значение имеют как метаболические, так и сосудистые нарушения.

Идея. Микроциркуляторные нарушения являются прогностически клинически значимыми для пациентов с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени.

Целью данного исследования являлось определение клинической значимости микроциркуляторных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. В исследование было включено 120 пациентов с ХСН ишемического генеза I-III функционального класса (ФК) в возрасте от 45 до 65 лет, с ультразвуковыми признаками НАЖБП. Контрольную группу составили пациенты с сопоставимым функциональным классом ХСН без НАЖБП (n=60). У всех больных рассчитывали сосудистый возраст с оценкой 5-летнего риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при помощи калькулятора приложения для смартфонов ADVANT AGE (Les laboratories Servier версия 2, 2015). Состояние микроциркуляции оценивали путем лазерной доплеровской флоуметрии (аппарат ЛАКК-ОП). Обработку результатов проводили с привлечением встроенных функций программы MS Excel и программы Statistica 7.0.

Результаты. Средний паспортный возраст больных в обследуемых группах достоверно не различался и в основной группе составлял 55,4±1,9 лет vs 57,6±3,3 лет в контрольной группе. При оценке сосудистого возраста было выявлено, что данный показатель достоверно не различался в обследуемых группах и составлял 61,5±2,5 vs 60,1±5,3 лет. Однако, обращает внимание, что у пациентов с ХСН и НАЖБП сосудистый возраст достоверно превышает биологический. Риск развития ССО в течение 5 лет среди пациентов с ХСН и НАЖБП составил 4,2±1,0% vs 4,0±1,8% в контрольной группе. Выявлено, что у пациентов с ХСН и НАЖБП в отличие от больных без НАЖБП увеличение риска ССО взаимосвязано с нарушениями на уровне микроциркуляторного русла. Так, формирование эндотелиальной дисфункции, сопровождающееся снижением эндотелий зависимого компонента тонуса микрососудов, коррелирует с риском ССО ($r=-0,4$, при $p<0,05$). Также на риск ССО влияет ухудшение перфузии тканей, о котором можно косвенно судить по увеличению амплитуды миогенных колебаний ($r=0,30$, при $p<0,05$). При этом рост амплитуды эндотелиальных колебаний, отражающей возможность вазодилатации, как регуляторного механизма в ответ на снижение кровотока, уже не оказывает благоприятного воздействия на микроперфузию, что, возможно, способствует формированию гиперемического типа микроциркуляции и увеличению риска ССО ($r=0,32$, при $p<0,05$).

Обсуждение. У пациентов с ХСН и НАЖБП увеличение сосудистого возраста и увеличение риска ССО тесно взаимосвязано с ухудшением микроциркуляции. Спазмические явления в прекапиллярных сфинктерах (рост амплитуды миогенных колебаний) и развитие эндотелиальной дисфункции (снижение ЭЗКТ) коррелирует с риском ССО. Таким образом, микроциркуляторные нарушения имеют важное значение для коморбидного пациента и могут являться одним из факторов, определяющих сосудистый прогноз больного.

Проблема ожирения в России, клинко-экономическая оценка ожирения и ассоциированных с ним заболеваний

Крысанова В.С., Журавлева М.В., Ермолаева Т.Н., Давыдовская М.В., Кокушкин К.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Научно-практический центр клинических исследований и оценки медицинских технологий, Москва

По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2016 году доля взрослого населения с ожирением составила 13%. В 2015 году около 7% смертей от всех причин были опосредованы высоким индексом массы

тела (ИМТ), при этом доля смертей на фоне ИМТ ниже 30 кг/м² составила 39%. По данным доклада Организации экономического сотрудничества и развития, в 2015 году Российская Федерация (РФ) занимала 20-е место среди стран по распространенности ожирения, отставая от возглавляющих список США на 18,6%. Согласно ВОЗ, избыточная масса тела и ожирение предопределяют развитие до 44-57% всех случаев сахарного диабета 2-го типа, 17-23% случаев ишемической болезни сердца, 17% – артериальной гипертензии, 30% – желчнокаменной болезни, 14% – остеоартрита, 11% – злокачественных новообразований.

Цель настоящего исследования провести экономическую оценку бремени ожирения в РФ на примере 3 основных социально значимых коморбидных нозологий – острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа). Материалы и методы. На первом этапе исследования в доступных источниках информации – Кокрановская библиотека, Medline, eLibrary. ru – был проведен поиск работ по оценке распространенности ожирения и ассоциированных с ним заболеваний в мире и в РФ, а также по оценке затрат на лечение и ведение этих пациентов. Далее на базе программного обеспечения Microsoft Excel была разработана модель оказания помощи пациентам с ожирением на основании стандартов первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при ожирении в рамках Федеральной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ на 2018 год (ПГГ), которая позволяет рассчитать затраты на 1 пациента с ожирением в течение 1 года для любого субъекта РФ. Для анализа затрат, связанных с ожирением, был применен клинко-экономический анализ «стоимости заболевания» с учетом популяционного риска развития связанных с ожирением нозологий – ОИМ, ОНМК, СД 2 типа. Для оценки доли затрат государства на ведение и лечение пациентов с ассоциированными с ожирением заболеваниями оценивался популяционный риск развития, который отражает дополнительную заболеваемость в популяции, ассоциированную с фактором риска. Данные по общей заболеваемости взрослого населения получены на основании статистических материалов Минздрава России. Для каждой нозологии была разработана своя модель расчета стоимости заболевания с учетом прямых медицинских затрат на: амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую и стационарную помощь, санаторно-курортное лечение – в соответствии с ПГГ. На завершающем этапе исследования была проведена экономическая оценка влияния комплексного подхода к терапии ожирения в виде снижения массы тела на течение сопутствующих ожирению заболеваний на уровне государства.

Результаты. Разработанная модель позволяет оценить затраты любого региона РФ в течение 1 года на пациентов с установленным диагнозом ожирения, например, для г. Москвы затраты составляют ~1,9 млрд руб. При оценке прямых медицинских затрат на лечение и ведение пациентов с ожирением на территории РФ было выявлено, что затраты государства в течение 1 года, обусловленные ожирением, при ОИМ составляют ~10,7 млрд руб., при ОИМ – ~11 млрд руб., при СД 2 типа – ~565 млрд руб. При оценке влияния комплексного подхода к терапии ожирения в виде снижения массы тела было показано, что затраты на терапию и ведение пациентов с заболеваниями, возникшими на фоне ожирения, можно сократить при ОИМ на 2,6 млрд руб., при ОИМ на 2,7 млрд руб., при СД 2 типа на 286 млрд руб., при этом ежегодная экономия может составить до 291,3 млрд руб.

Заключение. Ожирение и избыточная масса тела представляют серьезную угрозу, как на национальном, так и на мировом уровнях общественного здравоохранения в связи со своей высокой распространенностью, уровнем заболеваемости и оказываемым экономическим бременем. Помимо увеличения расходов на здравоохранение ожирение влияет на затраты, связанные со снижением производительности труда и

упущением экономической выгоды из-за потерянных рабочих дней, также со снижением продуктивности на рабочем месте, смертности и инвалидности. Ожирение вносит значительный вклад в экономические затраты государства не только за счет самого заболевания, но и за счет коморбидных состояний. Оценка экономического бремени ожирения позволяет разработать подход для рационального распределения ресурсов и принятия решений в области здравоохранения.

Выявление факторов, влияющих на развитие вегето-сосудистой дистонии у лиц молодого возраста

Литвиненко А.А., Никулин А.И., Хромкова М.А., Лобанова Т.Н., Ойноткинова О.Ш., Лексина Н.Ю.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневецкого Минобороны России, Красногорск

Цель. Изучение роли генетических, социально-экологических, нейрогормональных факторов и тяжести логопедических нарушений в развитии вегето-сосудистой дистонии у лиц молодого возраста.

Материал и методы исследования. Обследовано 156 человек в возрасте от 17 до 35 лет. Средний возраст составил 23,8±1,3 года, страдающих логопедическими расстройствами и вегето-сосудистой дистонией. Всем пациентам выполнено комплексное нейрогормональное, гемодинамическое исследование, в динамике изучались клиническая картина, гормональный статус, реоэнцефалография, электроэнцефалография, показатели артериального давления, психологические тесты Люшера, оценка динамики снижения агрессивности по опроснику Басса-Дарки, индекс массы тела.

Результаты исследования. Предпосылками развития вегето-сосудистой дистонии являются логопедические расстройства, обусловленные наследственной дефицитностью вегетативной нервной системы и дисфункция гипоталамо-стволовых отделов мозга, развивающиеся как следствие родовых осложнений у 46% обследованных, у 63% выявлено эмоциональное напряжение, ассоциированное со стрессогенными и психологическими причинами, обусловленные социально-адаптивным фактором, в 89% случаев диагностированы признаки дисфункции мозговых структур в той или иной степени выраженности, которые из-за особенностей развития симпатоадреналовой и гормональной систем наиболее часто диагностированы у мальчиков в возрасте от 17 лет. Симптомы, связанные с дисфункцией высших центров вегетативной регуляции на уровне диэнцефальных отделов мозга, усиливались с возрастом и наиболее отчетливо проявлялись у взрослых. В 80% случаев отмечалось снижение эмоционального фона, неадекватное реагирование или эмоциональные пароксизмы, стрессогенные факторы — сильный испуг (33%), длительная психическая травма (55%). У 59% пациентов отмечена избыточная масса тела ИМТ >30 кг/м² с инсулинорезистентностью и вегето-сосудистыми проявлениями, что сопровождалось нарушением общения, высоким процентом неадаптивных реакций фрустрации и заниженным процентом реакций эго-защитного типа, что особенно выражено у лиц с низким социометрическим, социальным статусом, составляющих 68%.

Выводы. Совокупность нейрогормональных и психоэмоциональных, в меньшей степени метаболических факторов сопровождаются гемодинамическими всплесками и являются предикторами развития вегето-сосудистых нарушений и развития метаболических и сердечно-сосудистых осложнений у лиц молодого возраста с логопедическими нарушениями. Лицам молодого возраста с логопедическими нарушениями,

с целью профилактики развития вегето-сосудистых, метаболических и психогенно детерминированных нарушений, необходимо психологическое консультирование у специалиста медицинского психолога с целью активной социализации к окружающей среде наряду с корректирующей немедикаментозной и медикаментозной терапией на ранних этапах. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №16-06-00709-ОГН.

Содержание сывороточных цитокинов при циррозах печени

Лоле О.Ю., Куликов В.Е., Николаева К.В., Казакова О.Г.

Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород

Резюме. Для оценки уровней сывороточных цитокинемий и их взаимосвязей при циррозах печени в зависимости от класса тяжести по Child – Pugh и уровня портального давления было проведено исследование сывороточных уровней интерлейкина – 2, интерлейкина – 6, фактора некроза опухоли альфа при циррозах печени классов А, В, С по Child – Pugh. Концентрации цитокинов определялись методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Цель исследования: изучить сывороточные концентрации ИЛ – 2, ИЛ – 6, ФНО – α и их взаимосвязи для определения цитокинового статуса у пациентов с ЦП в зависимости от класса тяжести по Child – Pugh и уровня портального давления.

Материал и методы. Обследовано 107 (87 (81,3%) мужчин и 20 (18,7%) женщин) пациентов с ЦП в исходе хронических гепатитов. Возрастной период больных колебался от 30 до 69 лет (средний возраст составил 57,3±4,6 лет). Для подтверждения диагноза ЦП, его этиологии, стадии компенсации и осложнений изучались клиническая картина и анамнез заболевания, проводился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Клинико-биохимические исследования крови проводились ферментативным, колометрическим, ферментативно-колометрическим, иммунотурбидиметрическим и кинетическим методами диагностическим комплексом Cobas 6000 (Roche Diagnostics). Определения уровней ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО-α были основаны на методе твердофазного «сэндвич»-варианте иммуноферментного анализа. Стадия ЦП оценивалась по METAVIR с использованием классификационной счетной шкалы Bonacini и соноэластографией. Уровень портального давления определялся ультразвуковой доплеросонографией с использованием эмпирической формулой расчета, прямой трансюгулярной портографии с портометрией. Обработка полученных клинических и лабораторно-инструментальных данных осуществлялась с помощью критериев параметрической и непараметрической статистик.

Результаты и обсуждения. При ЦП в зависимости от стадии компенсации отмечается общая тенденция к увеличению уровней сывороточных концентраций ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО-α. Между сывороточными концентрациями цитокинов при циррозах печени классов А, В, С наиболее значимые корреляционные взаимосвязи наблюдаются между фактором некроза опухоли - α и интерлейкином - 6 при циррозе печени класса А ($r = 0,499$), фактором некроза опухоли - α и интерлейкином - 2 при циррозе печени класса В ($r = 0,521$). Следовательно, повышение сывороточной концентрации ФНО - α сопровождается увеличением концентрации ИЛ - 2 и ИЛ - 6 у пациентов с циррозом печени. В зависимости от стадии компенсации цирроза печени отмечается тенденция к увеличению уровней всех исследуемых в крови цитокинов, но в пределах референсных значений, за исключением ИЛ- 6. Различия в среднем уровне цитокинов отмечались только между ЦП классов А и С. Кроме того, при исследовании

цитоклинового профиля больных ЦП с маркерами ХВГ С и ХВГ В обнаружены существенные и разнонаправленные изменения содержания многих лимфокинов в сыворотке крови, входящих в набор иммунорегуляторных молекул, характерный для клон Т-лимфоцитов, что может отражать усиление активности Т-хелперных клеток первого типа. Сывороточная концентрация интерлейкина - 6 возрастает при циррозах печени и может оставаться без динамики на последующих периодах прогрессирования заболевания.

Выводы. Представленные данные указывают на значительную патогенетическую роль изменения продукции цитокинов в процессе формирования хронического воспалительного процесса. Отмечается повышение сывороточной концентрации ИЛ-2 и ФНО- α при ЦП. При этом присутствовала корреляция с параметрами воспалительного процесса (активность трансаминаз АлАТ, АсАТ) со степенью функциональных нарушений (протромбиновое время, концентрация сывороточного альбумина), гиперпродукция провоспалительных цитокинов ФНО - альфа, ИЛ - 6 вызывает повреждение печени и коррелирует с тяжестью течения ЦП. Кроме того, на фоне снижения компенсации цирроза печени отмечается увеличение сывороточных уровней ИЛ 2, ИЛ 6 и ФНО α в пределах референсных значений, за исключением уровня ИЛ - 6 при циррозе печени класса С с наибольшим уровнем портального давления. Значимая корреляционная связь отмечается между ФНО - α и ИЛ - 6 ($r = 0,499$) при циррозе печени класса А, между ФНО - α и ИЛ - 2 ($r = 0,521$) при циррозе печени класса В. Количественные соотношения между цитокинами могут определяться направлением развития воспалительного ответа и стадией компенсации ЦП.

Больные с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистой коморбидностью в амбулаторной и госпитальной практике: данные регистров РЕКВАЗА и РЕКВАЗА-КЛИНИКА

Маковеева А.Н., Лукьянов М.М., Андреевко Е.Ю., Явелов И.С., Марцевич С.Ю., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Загребельный А.В., Переверзев К.Г., Кляшторный В.Г., Кудряшов Е.В., Драпкина О.М., Бойцов С.А.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель. Оценить возрастные характеристики лиц с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сердечно-сосудистой коморбидности в реальной амбулаторной и госпитальной практике.

Метод. В амбулаторно-поликлинический регистр РЕКВАЗА в Рязанской области ($n=3690$) и госпитальный регистр РЕКВАЗА-КЛИНИКА в городе Москва ($n=8954$) были включены пациенты с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, фибрилляцией предсердий и их сочетаниями. Средний возраст пациентов составил $66,1 \pm 12,9$ и $66,6 \pm 12,7$ лет, соответственно. Первый и второй децили возрастного распределения были использованы для определения групп пациентов с ранним развитием ССЗ и сердечно-сосудистой коморбидности.

Результат. Возраст пациентов первого возрастного дециля в амбулаторном и госпитальном регистрах не превышал 50 и 51 года. Возраст пациентов второго дециля составил 51-55 и 52-57 лет, соответственно. Среднее число ССЗ (из четырех вышеописанных децилей) у пациентов первого возрастного дециля в регистрах РЕКВАЗА и РЕКВАЗА-КЛИНИКА было

$1,6 \pm 0,4$ и $1,5 \pm 0,6$, а во втором дециле значительно больше: $2,1 \pm 0,5$ и $1,9 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). Сердечно-сосудистая коморбидность у пациентов в первом и втором возрастных децилях регистра РЕКВАЗА выявлена в 42,2% и 63,6% случаев ($p < 0,0001$), а в регистре РЕКВАЗА-КЛИНИКА – в 36,0% и 61,2% ($p < 0,0001$). Таким образом, первый дециль распределения возраста был предпочтительнее в качестве критерия оценки развития ранних ССЗ и сердечно-сосудистой коморбидности, чем второй возрастной дециль, в котором доля лиц коморбидных пациентов была в 1,5 и 1,7 раза выше и превышала 60% в обоих регистрах. Максимальный возраст первого дециля у пациентов с ранней сердечно-сосудистой коморбидностью (≥ 2 ССЗ) составил 54 и 55 лет, в том числе с ранней выраженной коморбидностью (≥ 3 ССЗ) - 56 и 57 лет, соответственно.

Вывод. По данным регистров РЕКВАЗА и РЕКВАЗА-КЛИНИКА определены возрастные критерии раннего развития ССЗ (возраст не старше 50 лет и 51 года, соответственно) и критерии раннего развития сердечно-сосудистой коморбидности (возраст не старше 54 лет и 55 лет, соответственно). В амбулаторной и госпитальной практике оптимальным является проведение активных мер профилактики раннего развития ССЗ в возрастной группе до 50 лет и профилактики сердечно-сосудистой коморбидности у больных ССЗ в возрасте до 50-55 лет.

Лабораторный контроль цитолиза гепатоцитов при комбинированной терапии тоцилизумабом и статинами у пациентов с высокоактивным ревматоидным артритом в течение 6 месяцев

Мартынова А.В., Полкова Т.В., Герасимова Е.В.

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

Цель. Известно, что у пациентов с высокоактивным ревматоидным артритом (РА) при терапии ингибитором рецепторов ИЛ-6 тоцилизумабом в течение 6 месяцев отмечалось повышение печеночных трансаминаз (аланинтрансаминаза (АЛТ) и аспартаттрансаминаза (АСТ)). Аналогичное повышение является одним из наиболее частых побочных эффектов применения статинов, используемых для контроля прогрессии атеросклероза у таких пациентов. Изучение влияния этой комбинации на лабораторное состояние печени у пациентов с РА не проводилось ранее в российской популяции.

Задача. Изучить влияние комбинации аторвастатина и тоцилизумаба на лабораторные показатели гепатолиза (АЛТ, АСТ).

Материалы и методы. У 17 пациентов (средний возраст $59,6 \pm 7,5$ л, длительность РА 84 [24; 155] мес) с высокоактивным РА (DAS28 6,2 [5,31; 6,68], 2 из них с сочетанной ИБС) была инициирована терапия тоцилизумабом (из расчета 8 мл/кг/4 недели внутривенно) и аторвастатином в адекватной дозе (10 [5; 20] мг/сут), согласно назначению кардиолога, одновременно. На базе лаборатории ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой проводился контроль уровня печеночных трансаминаз до инициации терапии и через 6 месяцев.

Результаты. Уровни АЛТ и АСТ в венозной крови до инициации терапии составили 13,95 [10,8; 25,1] Ед/л и 17,7 [13,9; 26,9] Ед/л соответственно. На фоне 6 месяцев проводимой терапии при получении устойчивого снижения DAS 28 до 3,56 [3,1; 3,8], $p < 0,05$, уровни трансаминаз в венозной крови не показали значимой динамики и составили: АЛТ 25,7 [21; 33,9] Ед/л, АСТ 23,4 [21,8; 31,2] Ед/л, $p < 0,08$.

Выводы: при назначении комбинации тоцилизумаба и низких доз аторвастатина в краткосрочной перспективе до 6 месяцев достоверного нарастания уровней печеночных ферментов не выявлено.

Амбулаторный регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ»: оценка качества терапии на различных этапах поликлинического наблюдения

Марцевич С.Ю., Калайджян Е.П., Сичинава Д.П., Кутишенко Н.П.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Городская поликлиника №9, Москва

Цель: у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и наблюдающихся в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения (регистр ПРОФИЛЬ-ИМ), оценить качество сердечно-сосудистой терапии на этапах первого обращения пациента в поликлинику после референсного ОИМ и через 1 год наблюдения.

Материал и методы. Включено 160 пациентов, выписанных из стационара с диагнозом ОИМ за период с 01 марта 2014 г. по 30 июня 2015 г. и обратившихся для амбулаторного наблюдения в одну из городских поликлиник г. Москвы или ее филиалы: 106 (66,2%) мужчин и 54 (33,8%) женщины, средний возраст $57,6 \pm 10,1$ (от 33 до 84) лет и $70,4 \pm 10,8$ (от 39 до 87), соответственно, 89 (55,6%) пациентов пенсионного возраста, а 50 (31,3%) имели группу инвалидности. Информация получена во время визита пациентов в поликлинику и на основании медицинской документации. Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета IBM SPSS Statistica 20. Различия между качественными показателями определялись с использованием критерия χ^2 Пирсона, для сравнения малых выборок – точный критерий Фишера.

Результаты. Через один год наблюдения был утерян контакт с 4 пациентами, 9 – умерли (6%), у 8 развился повторный ОИМ, у 1 – мозговой инсульт, у 20 – зарегистрированы госпитализации по поводу обострений сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому оценка терапии через один год выполнена у 118 пациентов. Терапия после выписки из стационара по поводу референсного ОИМ в целом соответствовала современным рекомендациям: двойная антиагрегантная терапия (ДАТ) назначена 148 (92,5%) пациентам, 12 (7,5%) – получали антиагреганты и оральные антикоагулянты (ОАК), статины рекомендованы 151 (94,4%) пациенту, бета-блокаторы (ББ) – 158 (98,8%), ингибиторы АПФ/АРА – 141 (88,1%), антагонисты кальция (АК) – 38 (23,7%), диуретики (Д) – 67 (41,9%), нитраты (Н) – 20 (12,5%). На этапе первого обращения пациентов в поликлинику после ОИМ значимых изменений в сравнении с рекомендованной в стационаре терапией не произошло: отмечались лишь единичные отмены/назначения препаратов в отношении основных групп препаратов. Через год наблюдения у большинства пациентов ДАТ была отменена, около 99% пациентов продолжили прием антиагрегантов, в два раза сократилась частота назначения ОАК, существенно уменьшилась частота назначения ингибиторов АПФ/АРА – 90 (76,3%), $p < 0,05$, незначительно сократилось назначение ББ – 113 пациентов (95,8%) и АК – 24 (20,3%), не изменилась частота назначения Д – 46 (40%) и статинов – 111 (94,1%). Количество пациентов, получавших Н, увеличилось до 16,1%, при этом произошло перераспределение в назначении Н: отмена у 8 пациентов и рекомендации к приему – у 12. Примерно 15% пациентов неаккуратно выполняли врачебные назначения, доля таких пациентов практически не изменилась в течение года, однако примерно в 3 раза увеличилось количество пациентов, не выполнявших врачебные рекомендации (самостоятельная отмена назначенной терапии в связи с улучшением самочувствия или с неуверенностью в эффективности терапии или правильности ее назначения). Основные причины невыполнения рекомендаций врача: улучшение самочувствия (36%) и обращение к альтернативным методам лечения (немедикаментозное лечение или использование методов народной медицины). Льготное обеспечение

через 1 год наблюдения получали менее 50% пациентов, треть пациентов в течение года отказались от данного предложения.

Вывод. Выявлены важные тенденции в преемственности лекарственной терапии на самых первых этапах амбулаторно-поликлинического наблюдения пациентов, перенесших ОИМ, и через один год наблюдения. Требуют подробного анализа причины снижения частоты назначения ингибиторов АПФ/АРА.

Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда: данные амбулаторного-поликлинического регистра «ПРОФИЛЬ-ИМ»

Марцевич С.Ю., Сичинава Д.П., Калайджян Е.П., Кутишенко Н.П.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Городская поликлиника №9, Москва

Цель: у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и наблюдающихся в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения (регистр «ПРОФИЛЬ-ИМ»), оценить факторы, влияющие на отдаленные исходы.

Материал и методы. В проспективный регистр включено 160 пациентов, перенесших ОИМ и обратившихся для амбулаторного наблюдения в одну из городских поликлиник г. Москвы или ее филиалы в период с 01 марта 2014 г. по 30 июня 2015 г., из них 106 (66,2%) мужчин и 54 (33,8%) женщины, средний возраст $57,6 \pm 10,1$ (от 33 до 84) лет и $70,4 \pm 10,8$ (от 39 до 87), соответственно, 89 (55,6%) пациентов пенсионного возраста, а 50 (31,3%) имели группу инвалидности. Первичная комбинированная конечная точка (ККТ) включала смерть от любых причин, нефатальной ОИМ, МИ, экстренную госпитализацию по поводу ССЗ. Информация о статусе пациента и перенесенных сердечно-сосудистых событиях получена во время его визита в поликлинику, на основании анализа медицинской документации или телефонного контакта с пациентом или его родственниками. Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета IBM SPSS Statistica 20. Различия между качественными показателями определялись с использованием критерия χ^2 Пирсона, для сравнения малых выборок – точный критерий Фишера. Для изучения связи между факторами использовался регрессионный анализ (логистическая регрессия) с поправкой на пол и возраст, значимыми считались показатели $p < 0,05$. Результаты: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) до референсного ОИМ зарегистрирована у 47 (29,4%) пациентов: у 30 (63,8%) мужчин и 17 (36,2%) женщин, стенокардия напряжения I-III ф.кл. – у 23 пациентов (48,9%), для 28 (59,6%) пациентов референсный ОИМ был повторным, у 7 (14,9%) – ранее выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 118 (73,4%), нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий (ФП) – у 14 (8,8%), мозговой инсульт (МИ) или транзиторная ишемическая атака – у 15 (9,4%) пациентов. До референсного ОИМ в поликлинике постоянно наблюдались 63 (39,4%) человека, 45 (28,1%) – посещали поликлинику нерегулярно, а 52 (32,5%) – не посещали совсем. У врача-кардиолога постоянно наблюдались только 11 (6,9%) человек, 88 (55%) больных были у врача за год и более до референсного ОИМ. На диспансерном учете по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) состояло только 18 человек (11,25%). Через год наблюдения с 4 пациентами был утерян контакт, 9 – умерли (6%), у 8 – развился повторный ОИМ, у 1 – МИ, 20 – были госпитализированы по поводу обострений ССЗ. Риск развития первичной ККТ увеличивался с возрастом ($OR = 1,05$; 95%ДИ 1,01-1,09, $p = 0,02$). Пациенты, у которых была зарегистрирована ПКК, были более тяжелыми

в отношении наличия и течения ССЗ до референсного ОИМ: у них чаще регистрировалось наличие анамнеза ИБС ($\chi^2=7,08$; $p<0,01$), проведение процедур ЧКВ ($\chi^2=7,38$; $p<0,01$), прием сердечно-сосудистых препаратов ($\chi^2=8,42$; $p<0,01$), прохождение диспансерного наблюдения ($\chi^2=5,23$; $p<0,05$) и наличие группы инвалидности ($\chi^2=19,16$; $p<0,001$). Наличие этих факторов достоверно увеличивало риск развития ККТ: анамнез ИБС (ОР=2,33; 95%ДИ 1,05-5,34, $p=0,04$), проведение процедур ЧКВ (ОР=9,84; 95%ДИ 2,02-48,06, $p=0,005$), прием сердечно-сосудистых препаратов (ОР=3,34; 95%ДИ 1,17-9,59, $p=0,025$), диспансерное наблюдение (ОР=3,48; 95%ДИ 1,18-10,23, $p=0,023$) и наличие группы инвалидности (ОР=4,37; 95%ДИ 1,82-10,46, $p=0,001$).

Выводы. Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими ОИМ, подтвердили повышение риска развития сердечно-сосудистых событий с увеличением возраста. В группе особого риска остаются пациенты с отягощенным анамнезом в отношении ССЗ до референсного события, в связи с этим такие пациенты нуждаются в более тщательном диспансерном наблюдении, грамотной и качественной вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений.

Острые кардиальные осложнения внесердечных хирургических вмешательств у больных онкологического профиля

Медведева Т.А., Кушнаренко Н.Н., Казарян Л.С., Михайлова М.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: оценка риска развития кардиальных осложнений интраоперационного и раннего послеоперационного периодов у больных онкологического профиля.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 38 пациентов с кардиальной патологией, находящихся на лечении в Краевом онкологическом диспансере г. Читы в 2016 г. В зависимости от частоты кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств все больные были разделены на 2 группы: 1-ую группу составили 28 больных с промежуточным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, 2-ую – 10 пациентов с низким риском кардиальных осложнений. Обе группы были сопоставимы по возрасту – средний возраст в первой группе составил $63,6\pm 5,13$ года (медиана 33 года), во второй – $61,18\pm 5,55$ года (медиана 62 года), и полу. Стратификация риска ранних послеоперационных сердечно-сосудистых событий осуществлялась при помощи оценки физической активности (VO₂max) с помощью опросника Duke (DukeActivityStatusIndex – DASI), позволяющего определить переносимость физических нагрузок, измеряемых в метаболических единицах (MET). Значение VO₂max рассчитывали по формуле: $VO_{2max} = (0,43 \times \text{балл} + 9,6)$. Функциональная способность расценивалась как отличная при величине более 10 MET, хорошая (7-10 MET), умеренная (4-7 MET). При величине ниже 4 MET – функциональная способность расценивалась как неудовлетворительная, требующая усиленной коррекционной терапии сопутствующей патологии и проведения дополнительного нагрузочного тестирования. Предоперационный риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий оценивали так же по Lee индексу (RevisedCardiacRiskIndexforPre-OperativeRisk).

Результаты. Среди оперированных больных основными вариантами хирургического вмешательства в 1-ой группе исследования являлись: лобэктомия по поводу рака легких (34%), крупные урологические операции (19,0%), абдоминальная хирургия по поводу заболеваний толстого кишечника (18,7%), операции на голове и шее (14,6%), нефрэктомия по поводу рака почек (13,7%). Во 2-ой группе исследования преобладали операции на молочной

железе (30%), гинекологические операции (14,2%), эндокринная хирургия (18,9%), небольшие урологические операции (12,8%). Функциональное состояние, определенное с помощью опросника Duke, у всех пациентов было удовлетворительным. Показатель VO₂max по опроснику составил 18,95 [10,4; 19,4] мл/кг/мин у пациентов основной группы исследования и 22,45 [20,4; 29,1] в группе сравнения, что согласно классификации функционального состояния соответствует 4-7 MET и трактуется как «умеренное» функциональное состояние, позволяющее говорить о том, что пациент перенесет оперативное вмешательство без осложнений. Шкала прогнозирования неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов Lee Index оказалась более чувствительной у пациентов основной группы исследования. В данной группе достоверно чаще встречались больные высокого риска кардиоваскулярной смертности (60,7% против 40,0% группы сравнения, $p=0,000$). В 2-ой группе исследования преобладали пациенты низкого и промежуточного риска (40,0 и 20,0% соответственно, $p=0,045$). Острые кардиальные осложнения были представлены развитием отека легких (37%), тромбозом легочной артерии (21%), формированием крупноочагового и трансмурального ИМ (16,0% и 18,0% соответственно), нарушениями ритма сердца и проводимости (8% больных).

Вывод. Согласно опроснику Duke, пациенты имели удовлетворительное функциональное состояние, что прогнозировало течение послеоперационного периода без осложнений. Однако, оценка функциональной способности пациентов, основанная на этом опроснике не позволяет достоверно прогнозировать развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов. Пациенты, как правило, завышают свои функциональные возможности, что приводит к неточной интерпретации полученных результатов. В тоже время шкала LeeIndex показала более высокую эффективность в прогнозировании кардиальных осложнений и позволяет более объективно оценивать функциональное состояние в предоперационном периоде.

Факторы риска гипергликемии у больных обструктивными заболеваниями легких в реальной клинической практике

Милютина М.Ю., Пластинина С.С., Макарова Е.В.

Перволжский исследовательский медицинский университет, Нижегородский институт гигиены труда и профзаболеваний, Нижний Новгород

Введение. Особенности развития и течения нарушений углеводного обмена у больных с обструктивными заболеваниями легких (ОЗЛ) являясь одной из важных проблем современной пульмонологии, остаются малоизученными, что обуславливает актуальность данного исследования. Цель исследования: изучить факторы риска нарушений углеводного обмена у больных ОЗЛ и оценить динамику гипергликемии на протяжении нескольких лет.

Материалы и методы. На первом этапе исследования методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 93 историй болезни пациентов (68 женщин и 25 мужчин, в возрасте $68,6\pm 10,2$ лет, с продолжительностью заболевания легких $12,2\pm 7,5$ лет), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом и терапевтическом отделениях ГКБ №10 г. Нижнего Новгорода и Нижегородского института гигиены труда и профзаболеваний по поводу обострения ОЗЛ – бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Для дальнейшего анализа отбирались истории болезни пациентов с нарушениями углеводного обмена – сахарным диабетом 2 типа (СД2) и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ). Оценивались частота обострений, фенотипы болезни,

динамика уровня гликемии натощак (ГН) и постпрандиальной гликемии (ПГ) на протяжении 3 лет, и факторы риска ее развития. Всего на данном этапе проанализировано 66 историй болезней.

Результаты и обсуждение. Нарушения углеводного обмена (СД или НТГ) были выявлены у 35 (37,6%) пациентов ОЗЛ (28 женщин и 7 мужчин, в возрасте $67,6 \pm 8,2$ лет, со средней продолжительностью заболевания $9,2 \pm 8,1$ лет). Среди них повторные госпитализации в течение 3 лет имели место у 18 больных (12 женщин и 6 мужчин, в возрасте $66,4 \pm 10,6$ лет, со средней продолжительностью заболевания $13,9 \pm 10,6$ лет), которые были отобраны для дальнейшего анализа. Было установлено, что у 10 пациентов (1 подгруппа) гипергликемия была зарегистрирована впервые во время обострения заболевания. 8 пациентов (2 подгруппа) уже имели значительный стаж СД 2. Число госпитализаций у больных обеих подгрупп на протяжении 3 лет составило $4 \pm 1,8$. В 1 подгруппе показатели ГН составили $5,7[4,6; 7,7]$ ммоль/л, после еды – $8,8[6,3; 15,0]$ ммоль/л и сохранялись, существенно не изменяясь на протяжении наблюдаемого периода. У 8 (80%) пациентов этой подгруппы в последующем был диагностирован СД 2 и назначена сахароснижающая терапия (метформин в дозе 1000 мг/с). В 2 случаях выявленная гипергликемия была расценена как транзиторная, что подтверждалось нормальным уровнем гликемии в дальнейшем. При оценке фенотипа болезни пациентов 1 подгруппы, у 8 пациентов из 10 был диагностирован перекрестный синдром (сочетание БА и ХОБЛ), в 2 случаях – сочетание БА с ожирением. У больных 2 подгруппы уровень гликемии натощак зависел от медикаментозного контроля диабета и составил $6,4 [8,9; 15,7]$ ммоль/л, уровень ПГ – $9,9 [8,4; 18,7]$ ммоль/л. В этой подгруппе преобладали лица (5 из 8 пациентов) с сочетанием БА, ХОБЛ и ожирения; сахароснижающая терапия была комбинированной (метформин, гликлазид, инсулин и др.). При анализе факторов риска гипергликемии были получены достоверные корреляционные связи между уровнями ГН и ПГ с показателями ОФВ1 ($r = -0,8, p = 0,0007$; $r = -0,7, p = 0,015$ соответственно), а также ГН и ОФВ1/ФЖЕЛ ($r = -0,6, p = 0,03$), что подтверждает возможное влияние бронхообструктивных нарушений на формирование гипергликемии. В динамике было отмечено, что показатели ГН имели тенденцию к нарастанию по мере увеличения числа госпитализаций пациента по поводу обострения легочного заболевания ($r = 0,89, p = 0,007$). Этот факт был расценен как следствие более частого внутривенного введения ГКС (преднизолона): получены достоверные положительные корреляции между дозами введенных гормональных препаратов и показателями ГН ($r = 0,9, p = 0,03$).

Выводы: 1. Более чем у трети больных (37,6 %), получающих лечение по поводу обострения бронхообструктивного заболевания имеются нарушения углеводного обмена. 2. Среди обследованных коморбидных пациентов преобладают фенотипы перекрестного синдрома (БА-ХОБЛ) и сочетания БА с ожирением. 3. Факторами риска гипергликемии при бронхиальной астме являются частые обострения заболевания, высокая степень обструктивных нарушений легочной вентиляции, использование в лечении системных глюкокортикостероидов. 4. Впервые выявленную гипергликемию у больных с ОЗЛ с вышеперечисленными факторами риска можно рассматривать в качестве маркера дальнейшего развития сахарного диабета 2 типа.

Полиморфизм гена ABCG2 у больных подагрой в Забайкальском крае

Мишко М.Ю., Кушнарченко Н.Н., Медведева Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Введение. Важную роль в патогенезе подагры и регуляции уровня мочевой кислоты (МК) играют генетические факторы. Одним из наиболее

изученных уратных транспортеров является ген ABCG2, кодирующий белок, ответственный за резистентность к раку молочной железы. Данный белок одновременно является транспортером уратов и различных дериватов пуринов, ксенобиотиков, порфиринов, а также по данным ряда исследователей ассоциирован с транспортом аллопуринола и ответом на него.

Цель. Изучить распределение частот аллелей и генотипов полиморфного локуса ABCG2 C421A (rs2231142) у больных подагрой и оценить их ассоциацию с риском развития заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 80 мужчин и женщин с подагрой (средний возраст $54,8 \pm 12,4$ лет). Пациенты были разделены на группы по тяжести и характеру течения заболевания (интермиттирующая и хроническая тофусная подагра). Контрольную группу составили 46 здоровых респондентов соответствующей возрастной группы ($52,6 \pm 13,8$ лет). Материалом для исследования являлась ДНК, выделенная из лейкоцитов цельной периферической крови с использованием комплекта реагентов «ДНК-Экспресс Кровь» («Литех», Россия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 10,0. Статистически значимыми считали отличия при $p < 0,05$. Распределение генотипов проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга с помощью критерия χ^2 . Различия по частоте аллелей и генотипов между группами оценены критерием χ^2 Пирсона. Для оценки ассоциации генотипов и аллелей с подагрой рассчитаны показатели отношения шансов (odds ratio, OR) с оценкой 95%-ного доверительного интервала (confidence interval, CI).

Результаты. При исследовании полиморфизма C421A гена ABCG2 обнаружена тенденция к снижению частоты «дикого» аллеля С у пациентов с подагрой по сравнению со здоровыми резидентами (86,2% против 95,7% соответственно; $\chi^2 = 5,58, p = 0,018, OR = 0,29, CI_{95\%} = 0,09-0,86$) и статистически значимое повышение частоты мутантного аллеля А по сравнению с группой контроля (13,8% против 4,3%; $\chi^2 = 5,58, p = 0,018, OR = 3,5, CI_{95\%} = 1,16-10,52$). Таким образом, носительство минорного аллеля А ассоциировано с развитием подагры, а наличие в генотипе «дикого» аллеля С обуславливает протективное действие. Наиболее распространенным генотипом данного локуса как среди больных подагрой, так и в группе контроля является генотип С/С. Однако выявлена тенденция к снижению частоты гомозиготного дикого С/С генотипа (73,7% против 91,3%; $\chi^2 = 5,65, p = 0,017, OR = 0,27, CI_{95\%} = 0,08-0,84$) и заметное увеличение количества гетерозигот С/А в группе пациентов по сравнению с контрольной группой (25% против 8,7%; $\chi^2 = 5,03, p = 0,024, OR = 3,5, CI_{95\%} = 1,11-10,98$). Следовательно, носительство гетерозиготного генотипа С/А можно считать маркером повышенного риска развития подагры. Судить о соотношении гомозигот по минорному (А) аллелю было невозможно ввиду малого количества резидентов с данным генотипом в обеих группах. Анализируя тяжесть течения заболевания в зависимости от носительства разных генотипов было установлено, что в группе пациентов с гетерозиготным генотипом С/А, подагра имеет более тяжелое течение с вовлечением в процесс большого количества суставов и высокой частотой формирования тофусов (у 58% пациентов многосуставное поражение и в 45% тофусы против 28,8% и 32% соответственно у носителей генотипа С/С). Установлена положительная корреляционная взаимосвязь между генотипами ABCG2 C421A и уровнем МК крови ($r = 0,36, p = 0,01$). При анализе эффективности аллопуринола выявлено, что пациенты с генотипом С/А, принимавшие препарат, в 100% случаев отмечали недостаточный эффект или полное отсутствие его эффективности, причем 60% из них принимали аллопуринол в максимальной дозе (300 мг).

Обсуждение. В результате проведенного нами исследования полиморфного локуса ABCG2 C421A (rs2231142) у больных подагрой обнаружены значительные различия в распределении частот аллелей и генотипов в основной и контрольной группах. Наличие мутантного аллеля

А и гетерозиготного генотипа С/А повышает риск развития подагры в 3,5 раза, носительство же аллеля дикого типа (С) и генотипа С/С оказывает протективный характер. Полученные данные указывают на важную роль полиморфизма С421А гена ABCG2 в патогенезе развития гиперурикемии и подагры, что позволяет рассматривать полиморфизм гена ABCG2 в одном ряду с традиционными внешними факторами риска развития подагры, такими как ожирение, погрешности в диете и избыточный прием алкоголя.

Рейтинг причин смерти пациентов многопрофильного стационара в зависимости от пола и возраста

Мороз В.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого, Москва

Введение. Вопрос причин смерти всегда был интересен. В настоящее время ежегодно в России обновляется рейтинг причин смерти Росстатом. По данным Росстата в России причины смерти следующие: болезни сердца составили около 47%, далее новообразования (15,8%), цереброваскулярные заболевания (14%), а далее по убывающей: болезни нервной системы, органов дыхания, болезни эндокринной системы и инфекционные и паразитарные заболевания. Однако рейтинг причин смерти в зависимости от пола и возраста почти никогда не проводился. Так в Великобритании опубликовали следующие данные: в подростковом возрасте наиболее частой причиной смерти является суицид, а у молодых мужчин наиболее частой причиной смерти также остается суицид или различные отравления, а у женщин такого возраста на первое место выходит рак молочной железы. И уже в старческом возрасте на ведущее место выходят болезни сердца и хроническая ишемия мозга. Тем самым мы видим, что оценка проводится весьма приблизительная.

Цель. Выявить причины смерти пациентов в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы. Материал исследования: 100 историй болезни умерших женщин (случаев, в которых проводилось патологоанатомическое вскрытие) многопрофильного стационара и 100 историй болезни умерших мужчин. Проводилась оценка рубрики «основное заболевание» патологоанатомического диагноза. Все истории болезни были разделены по пяти возрастным группам по ВОЗ: молодой возраст 25–44 лет, средний возраст 45–60 лет, пожилой возраст 61–74 года, старческий возраст 75–90 лет, долгожители старше 91 года.

Результаты. Женщины. Молодой возраст (4%). Основное заболевание: онкопатология (50%), цирроз печени (25%), алкогольная энцефалопатия (25%). Средний возраст (7%). Причины смерти: онкологические заболевания (28,6%), ИБС: постинфарктный кардиосклероз, хроническая ишемия мозга, ХОБЛ, хроническая алкогольная интоксикация (ХАИТ), цирроз печени, С-вирусный гепатит и грипп составили по 14,3%. Пожилой возраст (9%). Причины смерти: онкопатология (44,4%), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (11,1%), ХОБЛ (11,1%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (11,1%), панкреонекроз (11,1%), неспецифический язвенный колит (11,1%), С-вирусный гепатит (11,1%). Старческий возраст (72%). Причины смерти: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (25%), ПИКС (19,41%), ХИГМ (18%), онкопатология (15,3%), ОНМК (11,1%), последствия ОНМК (9,7%), повторное ОНМК (2,8%), острый панкреатит (2,8%), дивертикулит, МКБ, разрыв аневризмы аорты, ХОБЛ, цирроз печени и ЖКБ по 1,4%. Долгожители (4%). Причины смерти: ПИКС (75%), ХИГМ (50%), диффузный мелкоочаговый кардиосклероз,

мезентериальный тромбоз и онкопатология по 25%. Мужчины. Молодой возраст (7%). Причины смерти: хроническая алкогольная интоксикация (57,1%), цирроз печени (28,6%), онкопатология (14,3%). Средний возраст (19%). Причины смерти: онкопатология (52,6%), ХАИТ (21%), стеноз устья аорты, ОНМК, ХИГМ, хроническая ревматическая болезнь сердца, ПИКС и болезнь Бехчета по 10,5%. Пожилой возраст (31%). Причины смерти: ПИКС (29%), онкопатология (26%), внутримозговое кровоизлияние (16,1%), мезентериальный тромбоз (16,1%), цирроз печени (16,1%), ХОБЛ (9,7%), последствия ОНМК, пиелонефрит и жировой гепатоз по 6,5%. Старческий возраст (35%). Причины смерти: ПИКС (34,3%), онкопатология (34,3%), ХИГМ (20%), повторное ОНМК (14,3%), ОНМК, последствия ОНМК, ДГПЖ по 8,6%, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз и внутримозговое кровоизлияние по 5,7%. Долгожители (8%). Причины смерти: ПИКС и последствия ОНМК по 50%, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (25%), внутримозговое кровоизлияние (12,5%).

Обсуждение: в молодом возрасте преобладают онкологические заболевания и различные алкогольные повреждения органов у женщин, у мужчин присоединяется ХОБЛ. В среднем возрасте начинают появляться сосудистые заболевания, но преобладают, по-прежнему, онкологические заболевания у женщин, а у мужчин наравне с онкологическими и алкогольные повреждения внутренних органов и только на третьем месте сосудистая патология. В пожилом возрасте у женщин уравниваются по количеству онкологические заболевания и сосудистая патология. У мужчин пожилого возраста все еще преобладает онкопатология, но сосудистые заболевания на втором месте наравне с ХАИТ. В старческом возрасте структура причин смерти у женщин и у мужчин практически одинакова: в большинстве случаев смерть наступает в результате ИБС. У долгожителей также лидирующее место занимают ИБС и ХИГМ.

Вегетативная недостаточность с гипотоническими кризами, гипотоническими сипопами

Моряков С.Ю.

Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Самара

Введение. Вегетативная недостаточность — синдром, связанный с диффузным нарушением иннервации внутренних органов, сосудов, секреторных желез. В большинстве случаев вегетативная недостаточность обусловлена поражением периферической вегетативной системы (периферическая вегетативная недостаточность).

Идея. Идея доклада — познакомить научно-медицинское сообщество с интересным клиническим случаем — вторичной паранеопластической вегетативной недостаточностью с частыми ортостатическими гипотоническими кризами, редкими гипотоническими синкопами у пациентки Л., 60 лет.

Цель. Цель доклада вытекает из идеи — поделиться с коллегами описанием редкой клинической ситуации, дав им возможность, в случае возникновения подобных случаев в их собственной практике, определить для себя дифференциально-диагностические принципы в тактике ведения пациента.

Материалы и методы. В качестве материалов и методов доклада используется история болезни пациентки Л., 60 лет, находившейся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Негосударственного учреждения здравоохранения (НУЗ) «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД» с 02.02.18 по 02.03.18. Автор доклада в дежурное время оказывал неотложную помощь данной пациентке.

Пациентка Л., 60 лет, поступила в терапевтическое отделение 02.02.18. Жалобы: на периодические приступы снижения артериального давления (АД), учащённого сердцебиения, ощущения нехватки воздуха, тошноты, выраженной общей слабости, возникающие внезапно без предвестников; снижение массы тела на 20 кг за 6 месяцев. Анамнез заболевания: впервые приступ возник внезапно 17.09.17 г. на даче, сопровождался потерей сознания, снижением АД до 80 и 40 мм рт.ст., была вызвана бригада скорой помощи, по электрокардиограмме нарушений ритма и проводимости, ишемических изменений не зарегистрировано. В дальнейшем проходила стационарное обследование и лечение в отделениях различного профиля. Из анамнеза жизни: табакокурение в течение 40 лет, ранее до 40 сигарет в день, в настоящее время до 5 сигарет в день. Наследственность не отягощена. Хронические заболевания отрицает. Пациентке проведено комплексное лабораторное, инструментальное обследование, пациентка осматривалась консилиумом, консультирована главным внештатным кардиологом Самарской области, профессором Дупляковым Д.В.

Результаты. Несмотря на проведённое обследование и лечение, установить генез гипотонических кризов и синкопальных состояний у пациентки не удалось. Установлен диагноз: Основной: 1. Вторичная паранеопластическая вегетативная недостаточность (вегетативная полинейропатия) с частыми ортостатическими гипотоническими кризами, редкими гипотоническими синкопами. 2. Первичный остеомиелофиброз, низкий риск. Анемия смешанной этиологии, лёгкой степени тяжести. Сопутствующий: Хроническая ишемия головного мозга 2 стадии, сложного генеза (гипоксического, атеросклеротического). Церебрастенический синдром. ИБС. Стабильная стенокардия II ФК. III-II функциональный класс NYHA. Атеросклероз аорты, сосудов БЦС. ХОБЛ, 1 степень нарушения проходимости дыхательных путей с редкими обострениями, невыраженными клиническими проявлениями. ДН 0 степени. Хронический эрозивный *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастродуоденит, ремиссия. ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия. Дивертикул ободочной кишки. Кисты правой почки. Хронический пиелонефрит, латентное течение, вне обострения. ХБП С2 стадии. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Диффузно-узловой зоб 1 степени. Эутиреоз. Аденомы левого надпочечника, без признаков гормональной активности.

Обсуждение. Данный клинический случай является междисциплинарным и может представлять интерес для врачей различных специальностей. Автором доклада планируется дальнейшее динамическое наблюдение за пациенткой в амбулаторных условиях с целью изучения результатов дообследования и определения этиологии гипотонических кризов и синкопальных состояний, а также их терапии.

Роль суррогатных маркеров для диагностики и динамического наблюдения атрофического гастрита

Мухаметова Д.Д., Нигматзянова Л.Ф., Файзрахманова Э.Р., Абдулганиева Д.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение и идея. Неяркая клиника хронического атрофического гастрита становятся причинами позднего обращения и повышения риска развития аденокарциномы желудка. Ведется активный поиск суррогатных маркеров для раннего выявления и контроля эффективности терапии атрофического гастрита.

Цель работы: оценить диагностическую ценность пепсиногена 1 (ПГ) и соотношения ПГ1/ПГ2 для выявления и динамического наблюдения за течением атрофического гастрита.

Материалы и методы: В работу было включено 60 пациентов, прошедших обследование на выявление атрофического гастрита в рамках проекта «Защити желудок от рака» (2014). Ретроспективно проведен анализ амбулаторных карт данных пациентов, с оценкой диагностической ценности ПГ 1 и соотношения ПГ1/ПГ2 для выявления атрофического гастрита. Далее проспективно собран катанез 29 пациентов с атрофическим гастритом и у 6 пациентов проведено динамическое наблюдение с проведением гастроскопии с биопсией на атрофию и анализом пепсиногенов в динамике. Суррогатными маркерами атрофии были выбраны ПГ1 и ПГ1/ПГ2, которые были определены у 60 и 30 пациентов соответственно.

Результаты и обсуждение: Среди 60 у 29 пациентов был выявлен атрофический гастрит, который распределился следующим образом: OLGА1 – 21 (72,4%), OLGА2 – 5 (17,4%), OLGА3 – 1 (3,4%), OLGА4 – 2 (6,8%). Показатели сывороточных ПГ и ПГ1/ПГ2 при атрофическом гастрите были ниже, чем у пациентов без атрофии: ПГ1 – $29 \pm 2,7$ нг/мл, ПГ1/ПГ2 – $2,02 \pm 0,3$ и ПГ1 – $43,9 \pm 4,6$ нг/мл, ПГ1/ПГ2 – $4,5 \pm 0,4$, соответственно. Была рассчитана диагностическая ценность для выявления атрофического гастрита: при ПГ1 ниже 46,7 нг/мл чувствительность составила 89,6%, специфичность 36,7%, AUC – 0,71; соотношение ПГ1/ПГ2 ниже 3 характеризовалось чувствительностью – 88%, специфичностью – 84,6 %, AUC-0,71. Атрофический гастрит был ассоциирован с *H. pylori* у 26 пациентов (76%), 24 (93%) прошли эрадикацию и всем были назначены курсы длительной терапии препаратов висмута. При сборе катанеза все 29 пациента с атрофическим гастритом вышли на связь и 6 пациентов были обследованы в динамике. Было выявлено повышение показателей ПГ: ПГ1 – $97,7 \pm 14,7$ нг/мл; ПГ1/ПГ2 – $9,4 \pm 3,5$, *H. pylori* не выявлен. Отметилась положительная динамика морфологической картины: у 3 пациентов, у которых был атрофический гастрит OLGА1, повторная биопсия выявила отсутствие признаков атрофии; у 2 пациентов отметилась стабилизация стадии, сохранилась OLGА2 и у 1 пациента отмечилось улучшение – стадия OLGА3 регрессировала до OLGА2.

Выводы: Уровень ПГ1 является чувствительным, а ПГ1/ПГ2 чувствительным и специфичным показателями для выявления атрофического гастрита. Эрадикационная терапия и лечение препаратами висмута показали повышение уровней ПГ1, соотношения ПГ1/ПГ2 и улучшение гистологической картины.

Анализ регистрации непредвиденных неблагоприятных побочных реакций в Чувашской Республике за период 2008-2017 гг.

Петрейкина И.Е., Семенова В.А.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

Введение. Результаты дорегистрационных испытаний лекарственных средств (ЛС) не всегда дают полное представление о пользе и риске их использования. В клинической практике насчитывается немало случаев, когда ЛС после обнаружения серьезных неблагоприятных побочных реакций (НПР) отзывалось с фармацевтического рынка. Согласно действующей в России законодательной базе в сфере фармаконадзора, субъекты обращения ЛС обязаны сообщать обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению (ИПП). В Чувашской Республике с населением 1235,9 тыс. человек (по данным Росстата за

2017 г.) ежегодно должно поступать не менее 400-500 сообщений о НПР. Идея исследования: изучить частоту встречаемости непредвиденных НПР и на примере Чувашской республики показать важность их регистрации. Цель исследования: изучение частоты встречаемости непредвиденных НПР, зарегистрированных Чувашским региональным центром мониторинга безопасности ЛС (ЧРЦМБЛС).

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование методом спонтанных сообщений (МСС) с использованием 1638 карт – извещений о подозреваемой НПР, полученных ЧРЦМБЛС за период 2008–2017 гг. Для оценки причинно-следственной связи «нежелательная реакция – ЛС» применялась шкала Нараджо.

Результаты. Всего зарегистрирован 51 случай НПР, не внесенных в ИПП (3,1% от общего числа поданных карт), из них 35 (68,6%) – у лиц женского пола, 16 (31,4%) – у лиц мужского пола. Наибольшее количество случаев возникновения непредвиденных НПР зафиксировано в возрастном диапазоне 12-64 лет (74,5%) и более 65 лет (13,7%). Среди фармакологических групп преобладают случаи непредвиденных НПР при применении антибактериальных средств (19,6%), средств для наркоза (9,8%), ноотропных препаратов (7,8%), антикоагулянтов и антиагрегантов (7,8%). При применении 12 препаратов, возникшие непредвиденные НПР привели к угрозе жизни, госпитализации или ее продлению: средства для наркоза (Провайв) – 5 случаев, антибактериальные препараты (Азитромицин, Метронидазол, Кларбакт) – 3, антигипоксанты и антиоксиданты (Актовегин, Солкосерил) – 2, дезинтоксикационные (Реамберин), антигипертензивные (Альбарел), противозепилептические (Конвулекс), бронхолитические (Ипратропиум-натив) и нейролептические препараты (Азалептин) по 1 случаю. В 18 картах возникновение непредвиденных НПР зарегистрировано при применении ЛС отечественного производства (35,3%), 33 – импортного (64,7%), из них по 8 случаев Германия и Индия (15,7%). Отмечено возникновение непредвиденной НПР и при самолечении (2%). В 3,9% случаев выявлено развитие непредвиденных НПР, сопряженных с превышением суточной дозы ЛС. Наиболее показательные клинические примеры зарегистрированных НПР, не внесенных в ИПП ЛС представлены ниже. 1. Больной Ж., 60 лет, страдал вегетативно-сенситивной полиневропатией верхних и нижних конечностей, хронической профессиональной интоксикацией комплексом растворителей, хроническим панкреатитом с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, дивертикулезом кишечника. При самостоятельном применении (самолечении) мильгаммы возникли жалобы на пульсирующие головные боли в теменной области, ломота в теле, повышение температуры до 38°C. После отмены препарата все явления исчезли. 2. Больной И., 74 года, при лечении ОНМК по ишемическому типу были назначены внутривенные инфузии цитофлавина, растворов электролитов, прием внутрь ацетилсалициловой кислоты, капотена, глицина. На 5 день терапии пациентка отметила появление зрительных галлюцинаций после приема глицина. Отмечено повторное их возникновение на следующий день после приема препарата. Отмена глицина привела к исчезновению НПР.

Обсуждение. Выявлена недостаточная активность врачей по заполнению карты-извещения в случае развития НПР. Количество НПР, не внесенных в ИПП ЛС напрямую зависит от общего количества поступающих карт-извещений о развитии НПР. Продемонстрированные примеры демонстрируют важность отслеживания НПР ЛС, широко применяющихся в клинической практике в постмаркетинговом периоде. Для эффективного отслеживания НПР и повышения качества лекарственной терапии в целом необходимо системное взаимодействие врачей ЛПУ и центра мониторинга безопасности ЛС, повышение активности заполнения карт-извещений практическими врачами.

Функциональное состояние печени и билиарного тракта у больных хроническим некалькулезным холециститом в разные возрастные периоды

Печерских М.В., Ефремова Л.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

В литературе описаны структурные изменения печени в пожилом возрасте, проявляющиеся уменьшением количества гепатоцитов и снижением общей массы печени (Лазебник Л. Б., 2003; Голованова Е.В. и соавт., 2010). Целью исследования явилось изучение функции печени и билиарного тракта в разные возрастные периоды.

Материалы и методы: на базе гастроэнтерологического отделения БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» был обследован 123 пациент с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Среди больных было 90 женщин и 33 мужчин с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет. Средний возраст больных ХНХ составил 43,74±1,26 лет. Пациенты группы наблюдения были разделены по возрастам в соответствии с классификацией ВОЗ: молодой возраст (18-44 лет), средний возраст (45-59 лет), пожилой возраст (60-65 лет). Группу сравнения составили 30 здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. В работе были использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования гепатобилиарной системы, включая ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), многофракционное дуоденальное зондирование (МФДЗ), динамическую гепатобилисцинтиграфию. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования: по результатам УЗИ ОБП у больных ХНХ выявлены признаки воспалительных и дискинетических изменений в желчном пузыре (ЖП). Уменьшение среднего размера ЖП было выявлено у 47,47% больных группы наблюдения и составило 2,53±0,05 см на 7,04±0,17 см. Наличие перегибов ЖП в теле, шейке и дне у 42,42% пациентов так же служит признаком длительного воспалительного процесса в ЖП. У 46,46% пациентов регистрировались изменения состояния стенок ЖП: утолщение (19,19%), уплотнение – 14,14% и их неровность – 13,13%. Проведенная лабораторная диагностика позволила установить, что показатели, характерные для цитолитического синдрома были достоверно выше в молодом возрасте, уровень АЛТ был выше на 30% чем у пациентов пожилого возраста и составил 25,59±3,66 Ед/л (p<0,05). У пациентов группы наблюдения уровень ЩФ был выше на 27%, ГТПП на 40%, ХС на 11% чем в группе сравнения, что является свидетельством наличия признаков холестаза. Все показатели холестаза в группе среднего возраста были достоверно выше и составили: ЩФ 114,76±12,83 Ед/л, ГТПП 41,60±9,92 Ед/л, ХС 5,70±0,14 ммоль/л (p<0,05). При оценке белково-синтетической функции печени у больных ХНХ в разные возрастные периоды установлено более выражено снижение уровня общего белка и альбумина в пожилом возрасте на 11% относительно группы молодого возраста. Вывод: полученные данные свидетельствуют о функциональных изменениях в печени больных ХНХ. Нарушения функции печени в виде синдрома цитолиза преобладают в молодом возрасте, синдрома холестаза – в среднем возрасте и снижении белково-синтетической функции печени в пожилом возрасте.

Особенности ремоделирования сердца у больных серонегативными спондилоартритами

Плинокосова Л.А., Ушакова Т.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

В результате проведения исследований Институтом ревматологии РАМН, на 2006 год в Российской Федерации зафиксировано 860 человек на 100 тысяч населения больных серонегативными спондилоартритами (СНСА), возраст заболевших колеблется от 15-18 до 40-50 лет. В патогенезе СНСА можно увидеть множество механизмов поражения органов и систем, в том числе и мышцы сердца. До настоящего момента не сложилась общность в понимании основных структурных изменений в мышце сердца. Цель исследования. Выявление особенностей ремоделирования сердца у больных СНСА с использованием speckle tracking.

Материалы и методы. Проведены обследования 60 пациентов (1 группа) с СНСА отделения ревматологии КГБУЗ Городская больница №4 города Барнаула с анализом клинической картины, данных ЭКГ, Эхо КГ, расчетом степени активности заболевания, выявлением рентгенологической стадии поражения суставов, оценкой HLA-B27, уровня циркулирующих иммунных комплексов. Из них 35 пациентов – мужчины, а 25 пациентов – женщины. Средний возраст составил 28,4 года (21-40). Пациенты включались в исследование по мере поступления. Группой сравнения стали 32 пациента (2 группа) поликлиники КГБУЗ Городская больница №4 города Барнаула, не имеющие соматической патологии. Из них 17 пациентов были мужчины, 15 – женщины. Средний возраст группы сравнения составил 31,2 года (18-40). Больные групп наблюдения по основным характеристикам (возрасту, соотношению мужчин и женщин в группе) не отличались между собой. Критерием исключения явилось наличие любой хронической соматической патологии, за исключением СНСА у пациентов 1 группы. Результаты: При оценке размеров камер сердца, фракции выброса, массы миокарда достоверных различий между группами выявлено не было. При оценке толщины левого желудочка было установлено, что она составила в 1 группе 1,23 (1,0-1,3), во 2 группе – 1,0 (0,9-1,1) (p1-2<0,01). Оценка диастолической функции левого желудочка позволила выявить замедление релаксации у пациентов 1 группы: соотношение E/A=0,8 (0,7-1,0), E/e=12 (9-14), DT=240 (220-250) мсек; во второй группе E/A=1,2 (0,9-1,5), E/e=15 (11-17), DT=205 (198-218) мсек (p1-2<0,01). Глобальная сократимость у пациентов 1 группы составила -17,8 (-15 - -22), 2 группы -28 (-24 - -30) (p 1-2<0,01). При оценке стрейн реит наибольшее снижение систолической деформации у пациентов 1 группы выявлено в области верхушки -13,2 (-10 - -15) и в нижней септальной области – 15,3 (-13 - -17). Выводы. Таким образом, выявлены нарушения как систолической, так и диастолической функции левого желудочка у больных СНСА.

Особенности состояния артериальной стенки у больных хроническим гломерулонефритом

Полякова И.В., Боровкова Н.Ю., Маслова Т.И., Линева Н.Ю.

Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко,
Нижний Новгород

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) повсеместно приобретает все большее распространение. Эта тенденция отмечена в последние десятилетия в популяциях разных стран и сохраняется к настоящему времени. В структуре ХБП немалое значение имеет хронический гломерулонефрит (ХГН). В России эта патология признана ведущей в развитии терминальной почечной недостаточности. Больные ХГН, как и ХБП в целом, имеют очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Именно ССО являются основной причиной гибели этих больных. Свой вклад в повышение сердечно-сосудистого риска вносит уменьшение эластических свойств артерий, что выражается в изменении показателей жесткости сосудистой стенки.

Цель: изучить особенности состояния артериальной стенки у больных ХГН с помощью оценки показателей сосудистой жесткости. Материалы и методы. Обследовано 80 больных ХГН на базе нефрологического отделения и отделения диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко. В группу контроля взято 20 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз ХГН был морфологически подтвержден по результатам нефробиопсии. У пациентов с ХГН производились расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI и оценка стадии ХБП по классификации K/DOQI, 2011. Таким образом, 18 человек (22,5%) имели ХБП С1, 16 (20,0%) – ХБП С2, 18 (22,5%) – ХБП С3, 15 (18,7%) – ХБП С4 и 13 (16,3%) – ХБП С5Д. Оценка показателей жесткости сосудистой стенки производилась с помощью суточного амбулаторного монитора артериального давления VPLab и программного комплекса Vasotens-24 (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия). Измерялись такие параметры, как: индекс аугментации (Alx), оценочная скорость пульсовой волны в аорте (PWVao), время распространения отраженной волны (RWTT), индекс ригидности артерий (ASI), максимальная скорость нарастания артериального давления ((dP/dt)max). Статистическая обработка данных выполнена с помощью программ Statistica 6.0.

Результаты. Анализ полученных данных выявил изменения показателей артериальной ригидности у больных ХГН в сравнении с контрольной группой и в зависимости от степени нарушения функционального состояния почек. Были достоверно выше, чем в группе сравнения, следующие показатели: Alx, PWVao, (dP/dt)max. Напротив, показатель RWTT при ХГН оказался ниже. Так, Alx (в %) составил -43,0±15,8 при ХБП С1; -32,4±11,1 при ХБП С2; -25,5±16,6 при ХБП С3; -21,4±17,6 при ХБП С4; -20,8±9,4 при ХБП С5Д. В контрольной группе показатель Alx был равен -71,1±10,2 (p1=0,012, p2=0,000, p3=0,000, p4=0,000, p5=0,000). PWVao (в м/с) среди больных ХГН составила 9,5±1,7 при ХБП С1; 10,6±2,3 при ХБП С2; 11,1±1,4 при ХБП С3; 12,5±1,7 при ХБП С4; 13,3±1,0 при ХБП С5Д; в группе сравнения – 6,8±2,3 (p1=0,041, p2=0,000, p3=0,000, p4=0,000, p5=0,000). RWTT (в мс) был равен 164,2±16,4 при ХБП С1; 142±12,8 при ХБП С2; 137,4±17,4 при ХБП С3; 131,5±11,4 при ХБП С4; 121,4±6,9 при ХБП С5Д; у здоровых лиц – 178,4±14,7 (p1=0,082, p2=0,000, p3=0,000, p4=0,000, p5=0,000). С уменьшением почечной функции показатели сосудистой жесткости также изменялись. При этом замечено достоверное увеличение PWVao и уменьшение RWTT между больными ХБП додиализных стадий и ХБП С5Д. Была выявлена обратная корреляционная зависимость между расчетной СКФ и показателями Alx и PWVao [r=(-0,31) и r=(-0,53) соответственно; p<0,05], а между СКФ и RWTT – прямая корреляционная зависимость (r=0,47; p<0,05).

Выводы. У больных ХГН выявлено изменение состояния артериальной стенки в сравнении со здоровыми лицами. Об этом свидетельствует увеличение сосудистой жесткости, наблюдаемое на всех стадиях ХБП при ХГН. Жесткость артерий увеличивается при ухудшении функционального состояния почек. Работа прошла экспертизу в Этическом комитете 16.01.2017г., постановлено разрешить проведение исследований по проекту.

Композиционный состав тела и факторы кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом

Полтырева Е.С., Мясоедова С.Е., Рубцова О.А., Пануева Н.Н.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель. Определить особенности композиционного состава тела больных РА и установить взаимосвязь с факторами кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы. Обследованы 122 человека с достоверным диагнозом РА (Американская коллегия ревматологов, 1987) в возрасте от 33 до 81 года (средний возраст 61,61±10,73 лет), 8 мужчин и 114 женщин. У большинства из них отмечен серопозитивный РА (62,3%), 2 степень активности (61,48%), 2 рентгенологическая стадия (57,38%), II функциональный класс (57,38%) при длительности болезни 9,58±9,13 лет. Все пациенты получали базисные противовоспалительные препараты, в том числе метотрексат в дозе 7,5-30 мг/нед. 75,41% пациентов. Глюкокортикоиды получали 23,77% пациентов, селективные НПВП 45,08%. Артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 80,33% пациентов, дислипидемия у 63,93%. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа – 12,24%, ИБС – 8,16%, перенесенное ОНМК – 7,14%, фибрилляция предсердий – 4,08%. Композиционный состав тела и минеральную плотность кости (МПК) в позвоночнике и бедре определяли на аппарате Lunar Prodigy (General Electric). Содержание мышечной массы оценено по индексу тощей массы (ИТМ) по рекомендациям Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых (2010). Индекс жировой массы (ИЖМ) определен по классификации Thomas L. Kelly et al. (2009). Выполнялись УЗИ сонных артерий, эхо-кардиография, суточное мониторирование АД (СМАД). Результаты обработаны с помощью пакета программ Statistica 6,0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) был в норме у 28 (22,95%) пациентов, 43 имели избыток массы тела (35,25%), 50 ожирение (40,98%) и только 1 пациент (0,82%) – недостаток массы тела. Снижение ИТМ, соответствующее саркопении, выявлено у 11 (9,02%) пациентов, 3 мужчин (37,5%) и 8 женщин (7,01%). Пациенты с саркопенией не отличались от остальных больных по возрасту, активности РА, частоте встречаемости факторов КВ-риска, наличию сердечно-сосудистой патологии. В группе пациентов с саркопенией преобладали пациенты с нормальным ИМТ (9 из 11), был 1 пациент с недостатком и 1 пациента с избыточной массой тела. У большинства пациентов (9 из 11) саркопения сочеталась с остеопенией/остеопорозом. Установлена положительная связь между ИТМ и силой в правой и левой руках ($r=0,21$ и $r=0,27$), отрицательная – с рентгенологической стадией РА ($r=-0,2$). ИТМ коррелировал с окружностью талии (ОТ) ($r=0,7$), наличием АГ ($r=0,32$), метаболического синдрома ($r=0,41$). Выявлены отрицательные связи ИТМ с наличием атеросклероза сонных артерий ($r=-0,2$) и мышечной массы туловища - с уровнем общего холестерина ($r=-0,26$). Содержание жировой ткани по ИЖМ было снижено у 6 (4,92%) пациентов, в норме у 20 (16,39%), избыточным у 45 (36,89%), соответствовало ожирению у 51 (41,8%) пациента. У 4 из 11 пациентов с саркопенией выявлено избыточное содержание жировой ткани по ИЖМ (тенденция к саркопеническому ожирению), у остальных ИЖМ был в норме или ниже. Ожирение по ИЖМ выявлено у 29 из 51 пациента, сочеталось с остеопенией или остеопорозом (остеопеническое ожирение). Повышение ИЖМ в целом тесно связано с наличием АГ ($r=0,27$), метаболическим синдромом ($r=0,4$), ГЛЖ ($r=0,20$). ИЖМ коррелировал с уровнем глюкозы плазмы ($r=0,27$), ТГ ($r=0,22$), ЛПВП ($r=-0,26$). ИЖМ был связан с показателями СМАД: средним систолическим (САД) ($r=0,25$) и индексом САД в дневные часы ($r=0,26$). ИЖМ коррелировал с показателями СМАД в ночные часы – средним САД ($r=0,33$), вариабельностью САД и ДАД ($r=0,27$ и $r=0,19$), пульсовым АД ($r=0,29$).

Выводы. Большинство пациентов РА имеют избыточную массу тела или ожирение. Недостаток массы тела встречается в единичных случаях. Снижение мышечной массы до степени саркопении относительно чаще встречается у мужчин с РА, отмечено у каждого третьего пациента с нормальной массой тела, при ее недостатке и у единичных пациентов с избыточной массой тела. Саркопения у большинства больных РА сочетается с остеопенией или остеопорозом, у ряда больных с избыточным содержанием жировой ткани. Влияние саркопении на факторы кардиоваскулярного риска носит противоречивый характер,

однако ассоциируется с атеросклерозом сонных артерий. Ожирение при РА более чем в половине случаев сочетается с остеопенией/ОП (остеопеническое ожирение), влечет за собой дислипидемию, ГЛЖ, отклонение в параметрах СМАД в дневные и ночные часы.

Оценка особенностей антикоагулянтной терапии, ее влияние на летальность у пациентов с фибрилляцией предсердий в городской и сельской местности на региональном уровне

Польшакова И.Л., Поветкин С.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частая тахикардия, встречающаяся в практике врача. Ее наличие ассоциируется с повышением смертности, особенно сердечно-сосудистой, за счет внезапной смерти, сердечной недостаточности или мозгового инсульта (риск его развития увеличивается в 5 раз). Важным направлением лечения, улучшающим прогноз пациентов с ФП, является антикоагулянтная терапия, однако, частота её применения в реальной клинической практике, по данным зарубежных и отечественных исследований, далека от оптимальной. В сельской местности эта проблема усугубляется недостаточной обеспеченностью медицинским персоналом кардиологического профиля и низкой информированностью врачей о современных направлениях терапии данного заболевания.

Идея: оценка территориальных особенностей факторов, влияющих на прогноз у пациентов с ФП. Цель: изучить частоту использования антикоагулянтной терапии и ее влияние на летальность у пациентов с ФП в городе Курске и районах Курской области.

Материалы и методы. Проанализировано 896 амбулаторных карт пациентов с ФП старше 18 лет, обратившихся в 14 медицинских организаций (МО) города Курска и районов Курской области с сентября 2015 г. по август 2016 г. В городе проживает 684 (76,3%) исследуемых. В работу включено 333 и 102 мужчины из города районов области соответственно. Средний возраст всех исследуемых 69 [62-77] лет, городских жителей – 69 [62-77] лет, пациентов из районов – 68 [61-76]. В процессе динамического наблюдения, через 9 месяцев от момента включения в исследование, были получены данные об исходах и медикаментозной терапии у 532 исследуемых, из них 125 жителей сельской местности. Статистическая обработка данных проводилась в соответствии с общепринятыми методическими подходами. Сравнение дискретных величин в системе четырехпольных таблиц осуществлялось с помощью критерия χ^2 с коррекцией на непрерывность по Йетсу. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего $p < 0,05$.

Результаты: при включении в исследование частота использования антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП города и районов области составила 18,9% и 16,5% соответственно. При ее назначении врачи использовали препараты из групп: антагонистов витамина К, представленной варфарином, частота назначения которого была 8,8% и 12,3% соответственно; новых пероральных антикоагулянтов (НОАК), уровень использования которых был достоверно больше в городе – 10,1% и 4,2% ($p < 0,05$). Из группы НОАК исследуемым пациентам города и районов назначался ривароксабан – в 30,4% и 66,7% случаев ($p > 0,05$), дабигатран в 69,6% и 33,3% случаев ($p < 0,01$) соответственно. Через 9 месяцев от начала исследования летальный исход зарегистрирован у 60 пациентов, причем достоверно ($p < 0,001$) чаще у пациентов без приема оральными антикоагулянтами (ОАК) – 57 случаев. У городских жителей без антикоагулянтной терапии зафиксировано значимо ($p < 0,001$) больше

смертельных исходов, чем у исследуемых той же группы, принимающих ОАК – 53 и 3 случая соответственно. В сельской местности умерло 4 пациента, не принимавших ОАК. Дисперсионный анализ не выявил достоверного влияния фактора территориальной принадлежности пациентов к городским и районным МО на смертность у исследуемых, принимавших ОАК.

Обсуждение: уровень приема ОАК значительно не отличается в исследуемых группах больных, однако, врачи города, в отличие от сельских коллег, достоверно чаще назначают препараты группы НОАК, а именно дабигатран. Рассмотрение влияния приема ОАК на летальность в процессе динамического наблюдения выявило достоверное действие этого фактора на уменьшение смертельных исходов у исследуемых в Курском регионе. При этом значимое влияние было зарегистрировано у жителей города, в отличие от пациентов сельской местности, у которых прием ОАК не был ассоциирован с меньшей смертностью, что, возможно, связано с недостаточным количеством конечных точек у данной когорты больных.

Длительный и сложный путь диагностического поиска у молодого пациента с интерстициальным поражением легких на фоне системного заболевания

Попова Н.В.

Дорожная клиническая больница «На станции Новосибирск-Главный», Новосибирск

Введение. Клинический случай у молодого мужчины отражает длительный путь диагностики системного заболевания с развитием интерстициального и бактериального поражения легких, не отвечающего на лечение антибактериальными препаратами, СГКС. Температурные свечи и воспалительные реакции многократно приводили к смене антибактериальной терапии. Результаты исследований не давали возможности окончательно поставить диагноз. Складывалось впечатление о сочетании системного заболевания и специфического (туберкулезного) процесса. Пациент совместно обсуждался с профессорами, и в итоге при проведении пульс-терапии, через 3 месяца была получена положительная динамика, но также получено значительно много осложнений на фоне лечения по показаниям и стандартам.

Идея. Подобный случай показывает, что современные возможности помогают добиться успеха в излечении многих заболеваний, но, однако, среди молодых пациентов участились случаи длительной диагностики, в связи с различными коморбидными состояниями, хорошей резервной способностью у некоторых пациентов.

Цель. Показать необходимость во врачебной практике длительного наблюдения пациентов с неясными коморбидными состояниями, с хорошими резервными способностями, не прибегая к агрессивному лечению по показаниям и по стандартам, что приводит к развитию осложнений, и, возможно к инвалидизации.

Материал и методы. Мужчина, 39 лет, поступил в мае 2017 г. с жалобами на выраженную общую и мышечную слабость, профузную ночную потливость, одышку при физической нагрузке и иногда в покое, повышение температуры тела до 37,7°C, особенно в вечернее время, шум в ушах, постоянное головокружение. Известно, что длительно работал в условиях канализационных систем; у родной бабушки был туберкулез, отец и мать имели онкопатологию. С 2012 г. пациента стали беспокоить частые гаймориты, синуситы. Осенью 2012 г. перенес пневмонию, длительно лечился антибактериальными препаратами, после сохранялась длительная лихорадка. В 2015 г. снова перенес внебольничную пневмонию. В 2017 г.

снова госпитализирован в пульмонологическое отделение: клинически одышка, кашель, лабораторно лейкоцитоз, начата была антибактериальная терапия. Лабораторно достигнуто снижение маркеров воспаления, но клинически симптомы сохранялись. В ноябре 2017 г. обследовался в противотуберкулезной больнице, взята биопсия легкого. Специфические изменения не верифицированы. Учитывая наличие интерстициальных изменений, начато лечение системными глюкокортикостероидами. Далее пациент поступал в ревматологическое отделение для проведения дифференциального диагноза в рамках системных заболеваний соединительной ткани.

Результаты. Не складывалось впечатление о наличии системного аутоиммунного ревматологического заболевания, в связи с отсутствием воспалительной лабораторной активности, воспалительной инфильтрации стенок сосудов по данным иммуногистохимического исследования, характерного поражения внутренних органов и эффекта от терапии глюкокортикоидными гормонами в течение довольно длительного времени. Дальнейший прием преднизолона по рассуждению докторов был не целесообразен, и дозу стали постепенно уменьшать. С учетом профессионального анамнеза (связь с канализационными работами), дебюта заболевания с поражения бронхолегочной системы, нарастания выраженности интерстициальных изменений легких (включая на фоне проведения терапии глюкокортикоидными гормонами в дозе 45 мг/сут. на протяжении долгого времени), отрицательных маркеров воспалительного процесса, данных биопсии легких, решили сосредоточиться на выявлении более редкой патологии. При очередной госпитализации по компьютерной томографии органов грудной клетки отмечена отрицательная динамика на фоне 20 мг преднизолона в сутки. Нарастали проявления интоксикации. При дальнейшем наблюдении, при отсутствии данных за туберкулез, грибковое поражение, отсутствие данных за онкопатологию, выставлен диагноз гранулематоза Вегенера и начата пульс-терапия. Через 3 месяца получено незначительное разрешение интерстициальных изменений легких, и значительные побочные проявления.

Обсуждение. Данный клинический случай, развившийся у молодого с хорошими резервами мужчины, показывает, что при разнообразии методов диагностики, есть такие пациенты, у которых необходимо время для полноценного клинико-инструментального проявления. Коморбидность заболеваний перенаправляет и удлинняет диагностический путь и решение по лечению.

Оценка результатов дуплексного сканирования у больных ишемической болезнью сердца с сочетанием Н. pylori- ассоциированной гастродуоденальной патологии

Приходько М.Н., Приходько Л.О., Иконников С.В., Симонова Ж.Г.

Кировский государственный медицинский университет, Киров

Введение. Изучение, диагностика, лечение и профилактика коморбидных заболеваний в настоящее время становится приоритетной задачей для практического здравоохранения. Такие заболевания, как ИБС и гастродуоденальная патология (ГДП), ассоциированная с *H. pylori*-инфекцией, по-прежнему остаются весьма и весьма распространенными. Данная коморбидность протекает в большей степени без должного внимания как со стороны врачей, так и пациентов.

Идея. Изучение степени стенозирования брахиоцефальных артерий у больных стабильной стенокардией при сочетании с *H. pylori* – ассоциированной ГДП в зависимости от титра антител к данному микроорганизму.

Целью исследования явилось изучение степени стенозирования брахиоцефальных артерий у больных стабильной стенокардией при сочетании с *H. pylori* – ассоциированной ГДП в зависимости от титра антител к данному микроорганизму.

Материалы и методы исследования. В исследование последовательно были включены 100 больных стабильной стенокардией, проходивших плановое стационарное лечение в отделении кардиологии КОГБУЗ «Кировская ОКБ». Диагноз ИБС был выставлен в соответствии с алгоритмом диагностического поиска. Изучение каротидного русла выполнялось измерением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) и атеросклеротических бляшек общей сонной артерии методом дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (ДС БЦА). Нормой ТИМ ОСА был выбран показатель < 0,9 мм. В плановом порядке, при наличии показаний, с диагностической целью проводилась ФГДС. Для диагностики *H. pylori* пациентам было проведено экспресс-определение антигена *H. pylori* в кале с использованием иммунохроматографической тест-системы СИТО TEST *H. pylori* Ag и серологический метод определения антител в сыворотке крови. В исследование не включались больные с ХСН>_IIБ ст., ХБП>_3А, печеночной недостаточностью, сахарным диабетом, с нестабильной стенокардией, стенокардией напряжения IV ФК. Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия Х². За статистически значимый принимался уровень достоверности при $p < 0,05$. Статистическая обработка выполнялась с помощью статистических программ Statistica 10 и Microsoft Excel 2007.

Материал и методы. В ходе выполнения открытого проспективного нерандомизированного клинического исследования пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от наличия и степени инфицированности *H. pylori*. I группу (n=17) составили больные стабильной стенокардией I–III ФК в сочетании с ГДП, не ассоциированной с *H. pylori*. II группу (n=26) составили больные стабильной стенокардией I–III ФК в сочетании с ГДП, ассоциированной с *H. pylori*, у которых титр антител согласно серологическому тесту составил до 1:699. В III группу (n=23) были включены больные стабильной стенокардией I–III ФК в сочетании с ГДП, ассоциированной с *H. pylori*, титре антител у которых составил более 1:700. Контрольную группу (n=34) представили больные стабильной стенокардией I–III ФК без сочетания с ГДП и не ассоциированной с *H. pylori*. Группы пациентов оказались сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, по ТИМ до 0,9 мм и ТИМ более 0,9 мм. По данным ДС БЦА атеросклеротические бляшки в большей степени были выявлены у больных III группы в сравнении с больными I и IV групп, соответственно, (22(95,7%) против 12(70,6%), $\chi^2 = 4,816$, $p < 0,05$; 22(95,7%) против 21(61,8%), $\chi^2 = 8,503$, $p < 0,05$). При анализе результатов ДС БЦА атеросклеротические бляшки со стенозированием просвета 20-50% обнаружены в меньшей степени у больных IV группы, в сравнении с больными I, II и III групп, соответственно, (14(41,2%) против 12(70,6%), $\chi^2 = 3,923$, $p > 0,05$; 14(41,2%) против 20(76,9%), $\chi^2 = 7,667$, $p < 0,05$; 14(41,2%) против 22(95,7%) $\chi^2 = 17,497$, $p < 0,05$) и у больных I группы в сравнении с больными III группы, соответственно, (12(70,6%) против 22(95,7%), $\chi^2 = 4,293$, $p > 0,05$). По данным ДС БЦА атеросклеротические бляшки со стенозированием просвета свыше 50% чаще выявлялись у больных III группы в сравнении с больными IV группы, соответственно, (10(43,5%) против 5(14,7%), $\chi^2 = 5,857$, $p < 0,05$).

Обсуждение. Таким образом, более значимые проявления атеросклероза в виде поражения сосудистой стенки, выявленные с помощью дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, нами установлены у больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией, имеющим более высокий титр антител против *H. pylori*, что, в сущности, подтверждает атерогенное действие длительного воздействия инфекционного агента и продукцию им факторов воспаления и иммунного ответа.

Особенности фактического состояния липидного обмена у пациентов, нуждающихся во вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

Рожков Д.Е., Никитин А.Э., Дедов Е.И., Аверин Е.Е.

Центральная клиническая больница РАН, Москва

Введение. Общий холестерин (ОХ) и холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) – самые значимые показатели липидного обмена, которые являются общепризнанными факторами риска развития атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и, соответственно, целями липид-снижающей терапии. Несмотря на известные в профессиональном сообществе цели медикаментозной коррекции обмена липидов, существует значительная часть пациентов, которые в силу различных аспектов таких целей не достигают, что подтверждено рядом крупных международных исследований, например, исследованиями EUROASPIRE III и EURIKA.

Материалы и методы. С целью изучения встречаемых в реальной клинической практике значений липидов плазмы и приверженности к лекарственной терапии статинами у пациентов с ранее перенесенными сердечно-сосудистыми событиями, были ретроспективно проанализированы данные 108 мужчин, обратившихся в ЦКБ РАН по различным поводам за 2017 год в возрасте от 40 до 65 лет, с известным уровнем ХС-ЛПНП. Средний возраст составил $57,6 \pm 0,49$ лет. За целевой уровень ХС-ЛПНП принималась рекомендованная Европейским обществом кардиологов для пациентов с очень высоким риском ССЗ концентрация менее 1,8 ммоль/л.

Результаты. Из ранее перенесенных ССЗ в анализируемой группе у 20,4% (n=22) было в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, у 4,6% (n=5) транзиторная ишемическая атака, у 19,4% (n=21) был зарегистрирован перенесенный инфаркт миокарда, у 13% (n=14) ранее выполнялись операции коронарного шунтирования, у 55,6% (n=60) чрескожные коронарные вмешательства со стентированием (из них 41,7% (n=25) перенесли 2 и более операции). Из 108 мужчин, нуждающихся в проведении вторичной профилактики ССЗ, 79,6% (n=86) принимали липид-снижающую терапию до момента обращения. В качестве такой терапии был зафиксирован только прием статинов – аторвастатин у 56,5% (n=61), розувастатин у 16,7% (n=18), симвастатин у 5,6% (n=6), питавастатин у 0,9% (n=1). Соответственно, 20,4% (n=22) мужчин никакой липид-снижающей терапии не принимали, непереносимости статинов среди данной группы не зафиксировано. Средние принимаемые дозы аторвастатина составляли – $24,02 \pm 1,6$ мг, розувастатина – $17,22 \pm 1,09$ мг, симвастатина – $30 \pm 4,47$ мг, питавастатин – 2,0 мг. Распространенность терапии статинами среди пациентов, у которых в анамнезе зафиксированы: острое нарушение мозгового кровообращения – 68,2% (n=15), транзиторная ишемическая атака – 80% (n=4), перенесенный инфаркт миокарда – 81% (n=17), ранее выполнялись операции коронарного шунтирования – 100% (n=14), чрескожные коронарные вмешательства со стентированием – 81,7% (n=49). Анализ эффективности приема липид-снижающей терапии показал, что на фоне применения терапии статинами достигали целевых значений ХС-ЛПНП только 18,6% (n=16) пациентов. Оценка достижения рекомендуемых концентраций данного параметра среди пациентов, которые принимали статины, с различными состояниями показала, что у целевые значения были достигнуты у 26,7% (n=4) мужчин после острого нарушения мозгового кровообращения, у 25% (n=1) после транзиторной ишемической атаки, у 11,8% (n=2) в анамнезе которых был перенесенный инфаркт миокарда, у 21,4% (n=3) после ранее выполненных операций коронарного шунтирования и у 24,5% (n=12) после чрескожных коронарных вмешательств со стентированием.

Обсуждение результатов (заключение). Выявленные в нашей работе тенденции, в части недостаточно эффективно проводимой липид-снижающей терапии, имеют глобальный характер, который подтверждается рядом крупных международных исследований, в том числе EUROASPIRE III и EURIKA. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о крайне низкой достигаемости главной цели в реальной клинической практике – нахождении ХС-ЛПНП в рекомендованных рамках, особенно среди пациентов, крайне в этом нуждающихся в следствие ранее перенесенного сердечно-сосудистого события. Среди предлагаемых возможных решений данной проблемы: • инициирование терапии в некоторых группах сразу с максимальных или субмаксимальных доз статинов (уменьшается влияние низкой приверженности к медицинскому сопровождению – уменьшается количество приемов); • применение новых более удобных форм лекарственных препаратов с частотой применения 1 раз в 2 или в 4 недели (повышается приверженность к лекарственной терапии); • изменения правил формулировки клинического диагноза с целью указания в нем целевого уровня ХС-ЛПНП (информирование пациента и врачей смежных специальностей).

Особенности фактического состояния липидного обмена у пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний

Рожков Д.Е., Никитин А.Э., Дедов Е.И., Аверин Е.Е.

Центральная клиническая больница РАН, Москва

Введение. Общий холестерин (ОХ) и холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) – самые значимые показатели липидного обмена, которые являются общепризнанными факторами риска развития атеросклероза и целями профилактики связанных с ним сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Несмотря на известные в профессиональном сообществе цели медикаментозной коррекции обмена липидов, существует значительная часть пациентов, которые таких целей не достигают, что подтверждено рядом крупных международных исследований.

Материалы и методы. Для оценки достижений целевых значений ХС-ЛПНП у пациентов с различным сердечно-сосудистым риском (СС-риском) в реальной клинической практике были ретроспективно проанализированы данные 298 мужчин, обращавшихся в ЦКБ РАН в 2017 году в возрасте от 40 до 65 лет. Анализу были подвергнуты пациенты групп высокого и очень высокого СС-риска. В качестве целевых уровней ХС-ЛПНП использовались рекомендованные Европейским обществом кардиологов в 2016 году значения. Количественные показатели представлены в виде сравнения средних величин \pm стандартная ошибка среднего с использованием t-критерия. Качественные параметры сопоставлялись, используя критерий χ^2 . Результаты. Средний возраст мужчин составил $59,45 \pm 0,88$ лет в группе высокого риска и $56,71 \pm 0,43$ лет в группе очень высокого риска. Пациентами высокого и очень высокого риска являлись 38 (12,8%) и 177 (59,4%) изучаемых соответственно. 36,2% (n=108) пациентов нуждались в проведении вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В данной группе, терапию статинами получали 79,6% (n=86), а 20,4 % мужчин (n=22) не получали. Также стоит отметить, что только 15,7 % (n=17) мужчин этой группы имели оптимальный уровень ХС-ЛПНП, а 84,3% (n=91) не имели. Достоверных отличий по среднему возрасту, индексу массы тела, частоте наблюдений избыточной массы тела и различным степеням ожирения между группами не было выявлено. Сравнение исходных средних концентраций ХС-ЛПНП в группах мужчин высокого риска по сравнению с мужчинами с очень высоким сердечно-сосудистым

риском показало статистически значимое отличие $4,37 \pm 0,15$ ммоль/л и $3,22 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$). Среди лекарственных препаратов, принимаемых пациентами с целью коррекции липидного обмена, были использованы только статины. Среди пациентов высокого риска, 28,9 % (n=11) принимали лекарственные препараты, а в группе мужчин очень высокого риска, терапия проводилась у 58,2 % (n=103) обследуемых ($\chi^2 < 0,001$). При этом на фоне терапии среди мужчин высокого риска, концентрация ХС-ЛПНП находилась в пределах целевого уровня у 9,1 % (n=1). Наиболее показательные результаты анализа получены в группе, для которой достижение целевого уровня имеет наибольшую актуальность – в группе очень высокого риска: доля пациентов, достигших на фоне терапии целевого уровня ХС-ЛПНП, составила 15,5% (n=16), не достигших – 84,5% (n=87) ($\chi^2 < 0,001$). Также показано, что у пациентов, принимавших статины, среднее превышение целевого уровня ХС-ЛПНП в группах высокого и очень высокого риска составляет $1,77 \pm 0,31$ ммоль/л и $1,29 \pm 0,11$ ммоль/л соответственно ($p = 0,17$). У пациентов высокого риска ХС-ЛПНП был на $68,2 \pm 11,8$ % выше целевого, а у пациентов очень высокого – на $71,7 \pm 6,0$ % ($p = 0,79$).
Обсуждение результатов (заключение). Выявленный в нашей работе тренд имеет глобальный характер, который продемонстрирован в ряде крупных исследований, в том числе EUROASPIRE III и EURIKA. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о крайне низкой достигаемости главной цели в реальной клинической практике – нахождении ХС-ЛПНП в рекомендованных рамках, особенно у популяций пациентов, крайне в этом нуждающихся – нуждающиеся во вторичной профилактике, группы высокого и очень высокого относительного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Среди предлагаемых возможных решений данной проблемы: • инициирование терапии в некоторых группах сразу с максимальных или субмаксимальных доз статинов (уменьшается влияние низкой приверженности к медицинскому сопровождению – уменьшается количество приемов); • применение новых более удобных форм лекарственных препаратов с частотой применения 1 раз в 2 или в 4 недели (повышается приверженность к лекарственной терапии); • изменения правил формулировки клинического диагноза с целью указания в нем целевого уровня ХС-ЛПНП (информирование пациента и врачей смежных специальностей).

Особенности коллагеногенеза в соединительнотканном матриксе миокарда у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертонией

Савич В.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Введение. Артериальная гипертония (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний, при котором хроническое повышение как систолического компонента давления, так и диастолического, инициирует формирование гипертензивного сердца с реструктуризацией стенки левого желудочка (ЛЖ). В результате повышается жесткость миокарда, проявляющаяся диастолической дисфункцией ЛЖ, а в последующем сердечной недостаточностью. Однако, в течение последних лет, ученые отмечают увеличение частоты изолированной систолической артериальной гипертонии (ИСАГ) и ее криволинейную зависимость от возраста (Жданова О.Н., 2003; Оганов Р.Г. и др., 2006). Таким образом, изучение особенностей обеих форм АГ необходимо для определения дальнейшей тактики ведения пациентов.

Цель исследования: сравнительная оценка структурно-функциональных изменений миокарда левого желудочка и его соединительнотканного матрикса у больных, страдающих систоло-диастолической и изолированной систолической АГ старшего возраста.

Материалы и методы. В группу обследования были включены 30 женщин с ИСАГ II стадии старшего возраста ($64 \pm 1,1$ года) и 30 пациентов (средний возраст — $68 \pm 1,2$ года) с систоло-диастолической гипертензией (СДГ) II стадии аналогичного пола. С целью верификации структурных изменений левого желудочка проведено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Определяли толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Интенсивность интерстициального миокардиального фиброза оценивали, вычисляя объемную фракцию интерстициального коллагена (ОФИК, %) по методике Shirani J. et al. (1992). Полученные результаты сопоставляли с концентрациями его сывороточных маркеров: коллагена 1 типа, позволяющего судить о выраженности процессов коллагенолиза, активности трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$), свидетельствующего об интенсивности синтеза коллагена фибробластами. Исследовалась ферментативная активность пептидов, сдерживающих коллагенолиз — матриксной металлопротеиназы-1 (ММП-1), а также ее тканевого ингибитора (ТИМП-1) в сыворотке крови с помощью твердофазного иммуноферментного анализа. Статистический анализ результатов выполнен методами описательной статистики с использованием пакета Excel 2016. Различия между группами признавались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов обеих групп установлены признаки нарушения геометрии левого желудочка, соответственно ТЗСЛЖ $11,9 \pm 0,17$; $10,4 \pm 0,3$ мм ($p < 0,001$); ТМЖП $12,7 \pm 0,2$; $11,1 \pm 0,35$ мм ($p < 0,001$); ММЛЖ $273,7 \pm 10,1$; $248 \pm 10,8$ г ($p < 0,05$), свидетельствующие о гипертрофии миокарда в изучаемых отделах сердца. Для оценки выраженности фиброзных изменений сердца у всех пациентов определены концентрации сывороточных маркеров обмена коллагена и рассчитаны показатели ОФИК. У больных АГ установлено повышение активности ТФР- $\beta 1$ $2103,4 \pm 57,6$ пг/мл и концентрации коллагена 1 типа до $202,3 \pm 13,8$ нг/мл по сравнению с соответствующими параметрами у лиц с ИСАГ — $1098,09 \pm 38,6$ пг/мл, $159,5 \pm 6,8$ нг/мл ($p < 0,001$). Индекс коллагенодеградации — соотношение концентраций ММП-1/ТИМП-1 в группе пациентов с СДГ более чем в 10 раз достоверно превышал показатель лиц, страдающих ИСАГ — $0,00027 \pm 0,000013$ у.е. ($p < 0,0001$), свидетельствуя о преобладании коллагеносинтеза над деградацией. В пользу интенсивности фиброобразования в миокарде ЛЖ у пожилых женщин с изолированной систолической АГ также тенденция к увеличению содержания ОФИК — $10 \pm 0,8\%$, по сравнению с пациентами СДГ $9,04 \pm 0,5\%$, ($p > 0,05$). Обсуждение. Полученные результаты ЭхоКГ показали, что интенсивность гипертрофического процесса была достоверно выше у пациентов с СДГ по сравнению с аналогичными показателями лиц с ИСАГ. Также, в пользу значительной активации коллагенолиза свидетельствовали повышенные концентрации ТФР- $\beta 1$ практически в 2 раза и коллагена 1 типа. Данные об индексе коллагенодеградации и ОФИК также можно было расценивать как свидетельства о повышении интенсивности фиброобразования в интерстиции миокарда у больных ИСАГ. Следует отметить, что средний возраст больных ИСАГ меньше чем у пациентов с СДГ. С помощью корреляционного анализа у больных ИСАГ установлена достоверная прямая сильная связь между ММЛЖ и показателем ОФИК ($r = 0,85$, $p < 0,0001$).

Таким образом, у женщин пожилого возраста с СДГ интенсивность коллагенолиза в большей степени обусловлена повышенной активацией ТФР- $\beta 1$, а у больных, страдающих ИСАГ, данный процесс связан с несоответствием активности ММП-1 и ее тканевого ингибитора.

Определение интратиреоидного йода в диагностике заболеваний щитовидной железы

Саргар Р.В., Курникова И.А., Томашевский И.О.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цель. Изучить уровень интратиреоидного гормонообразования (ИГ) с использованием метода компьютерной томографии и клинические проявления заболеваний щитовидной железы (ЩЖ).

Материалы и методы. Всего число обследованных составило 152 пациента в возрасте $45 \pm 6,8$ лет с заболеваниями ЩЖ, сопровождающимися нарушениями функционального состояния щитовидной железы. Пациентов с гипотиреозом было 85 чел. — группа 1, в том числе — 18 с йодиндуцированным гипотиреозом (группа 1а). Пациентов с гипертиреозом 35 чел. — группа 2, в том числе — 8 пациентов с йодиндуцированным гипертиреозом (группа 2а), пациентов с эутиреозом — 32 чел. — группа контроля. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное исследование с определением гормонов — ТТГ, св. Т3, св.Т4. Исследование содержания интратиреоидного йода проводилось с использованием компьютерной томографии (КТ) на аппарате Symbia T16 (Siemens) с определением плотности ЩЖ в единицах хонсфилд (НУ). За уровень нормы принимались значения НУ 85-140 Ед.

Результаты. У пациентов с гипотиреозом по уровню значений НУ была заметная разница в подгруппах 1 и 1а. В подгруппе пациентов с йодиндуцированным гипотиреозом содержание интратиреоидного йода было выше референсных значений — 181 ± 6 при ТТГ $6,0 \pm 0,9$ мЕд/мл, а в группе 1 (первичный гипотиреоз) — $НУ 53 \pm 7,0$, а уровень ТТГ $9,28 \pm 2,7$ мЕд/мл. В группе пациентов с йодиндуцированным гипертиреозом (группа 2а) плотность ЩЖ в НУ была достоверно повышена до 182 ± 12 , а уровень ТТГ — $0,03 \pm 0,01$ мЕд/мл. В группе 2 — НУ $75 \pm 9,0$, а уровень ТТГ $0,04 \pm 0,01$ мЕд/мл. В группе контроля приводимые показатели были в пределах референсных значений. Наши исследования показали, что во всех случаях, когда имелось йодиндуцированное нарушение функции ЩЖ, показатель плотности в НУ был выше 140.

Выводы. Одновременная оценка плотности ЩЖ в НУ при РКТ и уровня ТТГ в крови позволяет провести дифференциальную диагностику между йодиндуцированным и истинным нарушением функции ЩЖ, а также вносить поправку на ошибку определения концентрации ТТГ в результате влияния внетиреоидных факторов. Оценка плотности ЩЖ в НУ при РКТ должна быть использована для скрининг-диагностики риска нарушений функции ЩЖ и для установления необходимости йодной профилактики и контроля её эффективности с целью предупреждения йодиндуцированных транзиторных нарушений функции ЩЖ.

Инфаркт миокарда у женщин с сохраненным менструальным циклом

Селиверстова Д.В.

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

Введение. Болезни сердечно-сосудистой системы продолжают оставаться главной причиной смерти в России и во всем мире. Самый большой вклад в смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы вносит инфаркт миокарда (ИМ), как правило, по сложившимся стереотипам чаще он развивается у мужчин в среднем возрасте, у женщин же гораздо позже после наступления менопаузы. Однако в

последнее время ИМ стал поражать женщин молодого и среднего возраста с сохраненной менструальной функцией. Работ по изучению таких пациентов относительно мало, в основном в этих исследованиях не указано, сохранена ли менструальная функция у пациенток, либо это публикации клинических случаев. Поэтому возникла идея изучить данную категорию пациенток.

Цель исследования. Изучить факторы риска и особенности клинического течения ИМ у женщин с регулярным менструальным циклом.

Материал и методы исследования: проанализировано 60 историй болезни женщин с регулярным менструальным циклом ($48 \pm 6,1$ г.) (группа 1) и 61 историй болезни женщин с нарушенным менструальным циклом/в постменопаузе ($49,8 \pm 4,3$ г.) (группа 2) возраста пациентов с диагнозом инфаркт миокарда, находящихся на стационарном лечении 2010-2016 г. в г. Рязани. Всем пациентам проводились общеклинические методы обследования и стандартная терапия.

Результаты исследования. Выявлено, что в 1 и 2 группах наиболее распространенными факторами риска были: артериальная гипертензия (в 1 – 85%, во 2 – 83,6%), избыточная масса тела и ожирение (1 – 78,3%, 2 – 83,6%). В 1 группе чаще встречались курение (1 – 46,7%, 2 – 27,9% $p=0,03$) и отягощенная наследственность (1 – 58,3%, 2 – 37,7% $p=0,02$). У женщин с регулярным менструальным циклом стенокардия напряжения в анамнезе была в 36,7%, у женщин в менопаузе (57,4%, $p=0,02$), постинфарктный кардиосклероз наблюдался в 18,3% в 1 группе и в 16,4% во 2. Принципиальных различий по глубине поражения и локализации ИМ среди групп не было: преобладал крупноочаговый инфаркт и передняя локализация поражения. Среди осложнений ИМ преобладала постинфарктная стенокардия, особенно в 1 группе – 45% (во 2 группе – 26,2%, $p=0,03$), нарушения ритма встречались у 30% – в 1 группе, 22,9% – во 2 группе, реже встречались – нарушения проводимости 13,4% и 6,5% соответственно. При анализе биохимических показателей крови при поступлении в отделение у пациенток 1 и 2 группы выявлено: уровень общего холестерина (ХС) $5,7 (\pm 2)$ и $5,4 (\pm 1,6)$ ммоль/л; ХС липопротеидов низкой плотности $3,5 (\pm 1,3)$ и $3,6 (\pm 1,3)$ ммоль/л, а также триглицеридемия $2,2 (\pm 1,6)$ и $2,1 (\pm 1,3)$ ммоль/л соответственно. Причем уровень ХС липопротеидов высокой плотности в среднем был в пределах нормы в обеих группах ($1,1 (\pm 0,3)$ и $1,2 (\pm 0,4)$ ммоль/л). Уровень глюкозы в 1 группе – $7,4 (\pm 3,5)$ ммоль/л, во 2 группе – $8,1 (\pm 5,3)$ ммоль/л и при этом частота установленного сахарного диабета отмечалась у 23,3% и 24,6% соответственно в 1-ой и 2-й группах. Значительных отличий по тактике ведения пациентов не было выявлено, в обеих группах примерно одинаковое количество выполнено КАГ (43,8% и 47,5%), со значимым поражением коронарных артерий было 40% и 37,7% соответственно, ЧКВ сделано 25% и 31,2% (2 пациентам в 1 и 2 во 2 группе была рекомендована консультация кардиохирурга по поводу операции аорто-коронарного шунтирования, тромболитическую терапию провели 26,7% и 26,2% пациентам. Умерли 2 пациента в 1 и 2 пациента во 2 группе по причине острого ИМ.

Обсуждение. При анализе результатов и выяснении причин раннего развития ИМ выявлено, что у пациенток в обеих группах было большое количество факторов риска ИМ, например, артериальная гипертензия, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, гиперхолестеринемия. Помимо этих факторов риска пациентки 1 группы чаще имели отягощенную наследственность и курили – таким образом в совокупности факторы риска нивелировали протективный эффект эстрогенов, а пациентки 2 группы имели уже дополнительный риск из-за нерегулярного менструального цикла/ наступления менопаузы (снижение эстрогеновой защиты). Также выявлено более частое развитие ИМ без предшествующего стенокардитического анамнеза у пациенток 1 группы, видимо, из-за менее подготовленных сосудов к ишемии у них чаще развивалась постинфарктная стенокардия. Таким образом, для

предотвращения сосудистых катастроф необходимо как можно больше информировать женщин молодого и среднего возраста о мерах первичной и вторичной профилактики ИМ.

Особенности клинической картины острого инфаркта миокарда, ассоциированного с кардиоренальным синдромом, в зависимости от полиморфизма гена NOS3 и выраженности системной воспалительной реакции

Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Скородумова Е.Г., Рысев А.В., Повзун А.С.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель: оценить клиническую картину госпитального периода у больных с инфарктом миокарда (ИМ) и острым повреждением почек (ОПП) с учетом наследования гена NOS3 и выраженности маркеров системной воспалительной реакции (СВР).

Материалы и методы. Обследованы 132 пациента, лечившихся в ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2016 году по поводу ИМ. Мужчин – 60,2%, женщин – 39,8%. Средний возраст $63,1 \pm 4,2$ лет. Пациенты разделены на 2 группы: первая (I) 68 больных с ИМ и ОПП, вторая (II) – 64 человека с ИМ без ОПП. Выборки сопоставимы по полу и возрасту. Полиморфизм генов выявлялся анализом геномной ДНК человека, выделенной из лейкоцитов крови, методом полимеразно-цепной реакции «SNP-ЭКСПРЕСС» ООО НПФ «Литех». В первые сутки госпитализации и на 12-14 день у всех больных выполнялся забор крови для определения количества лейкоцитов и концентрации С-реактивного белка (СРБ). Результаты статистически обработаны.

Полученные результаты. Распределение между исследуемыми группами генотипов и аллелей полиморфизма C786T гена NOS3, ответственного за синтез оксида азота, носило следующий характер: пациенты с генотипом CC достоверно чаще определялись в группе контроля – 61,5%, против 26,8% больных с ИМ и ОПП, $p<0,05$. Однако гетерозиготный тип наследования СТ в значительной степени чаще встречался у пациентов с ИМ и повреждением почек – 41,1%, относительно группы сравнения – 23,1%, $p<0,05$. Генотип TT чаще наследовался у больных I группы – 32,1%, в сравнении со II выборкой – 15,4%, что имело статистически значимую разницу, $p<0,05$. Аллель C в 1,5 чаще встречался у пациентов контрольной группы 73,1%, относительно исследуемой когорты – 47,3%, $p<0,05$. Мутантный аллель T убедительно лидировал у пациентов с ИМ и ОПП, $p<0,05$. Оценивали содержание лейкоцитов и СРБ в крови в качестве маркеров системной воспалительной реакции. В первые сутки госпитализации лейкоцитоз отмечался у пациентов обеих групп, однако в выборке с ИМ и ОПП был достоверно выше – $13,45 \pm 0,28 \times 10^9/\text{л}$, относительно контроля – $12,14 \pm 0,15 \times 10^9/\text{л}$, $p<0,05$. Уровень СРБ в крови у больных с острым кардиоренальным синдромом (ОКРС) – $45,84 \pm 2,86$ мг/л, что в 1,6 раз выше, чем в когорте без повреждения почек – $29,21 \pm 2,14$ мг/л, $p<0,05$. Контроль уровня лейкоцитов и СРБ производился на 12-14 сутки заболевания, было выявлено, что лейкоцитоз снижался до нормальных значений в обеих группах. У пациентов I выборки содержание лейкоцитов в крови было достоверно выше $8,10 \pm 0,23 \times 10^9/\text{л}$, по сравнению с контрольной когортой – $7,03 \pm 0,20 \times 10^9/\text{л}$, $p<0,05$. Также снижался уровень СРБ в крови, однако он был выше нормальных значений, причем в I группе практически в 2,5 раза выше, чем во второй ($30,70 \pm 3,12$ мг/л, против $13,08 \pm 1,5$ мг/л, $p<0,05$), что демонстрировало сохраняющееся системное воспаление, поддерживаемое повреждением почек. В госпитальном периоде острая

сердечная недостаточность (ОСН) III-IV класса по Killip в 3 раза чаще развивалась у больных I группы – 19,1%, относительно II – 6,25%, $p < 0,05$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функциональных классов по Нью-Йоркской классификации (NYHA) в I-19,1%, во II-6,25%, $p < 0,05$. Желудочковые нарушения сердечного ритма высоких градаций – чаще в группе с ОКРС – 25,0%, относительно контроля 10,9%, $p < 0,05$. Рецидивы острого коронарного синдрома (ОКС) в 3 раза чаще в I группе 16,2%, против 4,7% во второй, $p < 0,05$. Госпитальная летальность составила соответственно: I – 14,7%, II – 4,7%, $p < 0,05$.

Выводы: 1. Встречаемость мутантной аллели полиморфизма C786T гена NOS3 у больных с ОКРС была статистически выше, чем в группе сравнения. 2. Уровни лейкоцитов и СРБ в крови у пациентов обеих групп превышали референсные значения, однако у больных с ОКРС были достоверно выше в течение всего стационарного периода, свидетельствуя о значительной выраженности системного воспаления. 3. На фоне достоверно более высоких уровней маркеров системного воспаления и большей встречаемости мутаций гена NOS3 у больных с ОКРС чаще отмечалось осложненное течение ИМ на госпитальном этапе с увеличением числа случаев ОСН и ХСН, желудочковых нарушений сердечного ритма, рецидивов ОКС, летальных исходов.

Психологический статус пациентов с бронхообструктивными заболеваниями

Сивохина О.А., Макарова Е.В., Леванов В.М.

*Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены
и профпатологии, Нижний Новгород*

Изучение особенностей психологического статуса пациентов с бронхообструктивным синдромом на протяжении последних десятилетий привлекает внимание исследователей. Учет актуального психологического состояния и особенностей личности пациента позволяет индивидуализировать и оптимизировать тактику терапии, прогнозировать приверженность лечению.

Целью работы явилось изучение особенностей психологического статуса больных хроническими заболеваниями органов дыхания – хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Контингент исследуемых составил 120 пациентов в возрасте 35-63 лет. Были выделены 2 группы: 1. БА (60 больных); 2. ХОБЛ (60 больных). В каждой группе мужчины составили 50%. Группа сравнения состояла из 60 лиц, признанных здоровыми по результатам проведения профилактических медицинских осмотров и сопоставимых по демографическим данным с обследованными больными. Для психометрической диагностики использовался сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), включающий 11 шкал (3 оценочных и 8 базисных, характеризующих личность). Результаты анкетирования выражались в Т-баллах. Высокими оценками считались значения более 70 Т-баллов, низкими – менее 40 Т-баллов.

Результаты. Средняя линия психодиагностических профилей по всем шкалам у обследуемых больных находилась на более высоком уровне (БА – 53,4 Т-баллов; ХОБЛ – 53,2 Т-баллов) по сравнению с группой здоровых (48,5 Т-баллов), что свидетельствует о большем напряжении механизмов психологической защиты у пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания. Однако, профили во всех группах находились в пределах нормальных значений. При этом число лиц, имевших высокие оценки по 1-3 шкалам, в группе БА составило 53,3%, в группе ХОБЛ – 43,3%,

в то время как в группе здоровых лиц оно не превышало 13,3%. Это свидетельствует о явлениях социально-психологической дезадаптации различной степени выраженности у пациентов бронхообструктивными заболеваниями. При схожести контура профилей в группах больных подъём шкал «невротической триады» (шкалы 1, 2 и 3) был наиболее выраженным при БА, что может отражать психосоматический компонент. Наиболее высокие показатели наблюдались у женщин – до 60,1 Т-баллов по шкале 1 («ипохондри»), что в сочетании с подъёмом по 3-й шкале («истерии», «эмоциональной лабильности», «демонстративности») может свидетельствовать об эмоциональной незрелости, невротических переживаниях личности, достаточно выраженной эмоциональной напряженности. Установлены разнонаправленные тенденции по гендерному признаку в отношении 7-й шкалы («тревожности», «психастении») и 8-й шкалы («индивидуальности», «аутизма»). У женщин отмечался пик по 7-й шкале как в группе БА, так и ХОБЛ. При ХОБЛ различия были достоверны по сравнению с группой здоровых лиц ($p < 0,05$). Напротив, у мужчин пик наблюдался по шкале 8. В сочетании с подъёмом 1-й шкалы эти изменения могут проявляться в сосредоточенности на собственных соматических жалобах, своеобразной внутренней картине болезни, трудностях внешней коррекции. В обеих группах больных 9-я шкала («активности») была ниже предшествующих, что скорее указывало на снижение уровня оптимизма, жизнелюбия и активности, склонности к депрессивным реакциям.

Выводы. 1. Проведённое тестирование с использованием теста СМОЛ позволило получить типичные психологические профили больных с хроническими заболеваниями органов дыхания. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой могут обуславливать психосоматический компонент заболевания и должны учитываться в комплексе лечебно-диагностических мероприятий. 2. Типичными для пациентов с бронхообструктивными заболеваниями являются профили, характеризующиеся повышением шкал невротической триады (шкалы 1, 2, 3), наиболее выраженном при бронхиальной астме. 3. Выявлены отличия в психологическом статусе больных по гендерному признаку: для женщин типична более высокая склонность к депрессивным реакциям, астенизация личности, для мужчин – проявления аутизма (своеобразная внутренняя картина болезни, сосредоточенность на соматических жалобах, затруднения внешней коррекции поведения, включая длительное лечение, отказ от вредных привычек и т.д.) 4. Выявленные психологические особенности целесообразно учитывать в клинической практике при выборе методов терапии для повышения эффективности лечения и реабилитации.

Эйкозаноиды как маркеры системного воспаления при хронической обструктивной болезни легких, сочетанной с остеоартрозом

Скиба Т.А.

*Луганский государственный медицинский университет
им. Святого Луки, Луганск*

На сегодняшний день хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одно из самых распространенных заболеваний человека, которым преимущественно страдают лица старше 40 лет, причем, уровень заболеваемости среди мужчин выше, чем среди женщин. Известно, что остеоартроз (ОА) также значительно распространен, сопровождает процесс старения и при сочетании с ХОБЛ является фактором отягощения. Сопутствующий ОА способствует увеличению летальности больных от любых причин. Распространенность ХОБЛ и ОА продолжает расти и омолаживаться, что обуславливает важное медико-социальное значение изучения данной коморбидности. Одним из важных патогенетических

механизмов ХОБЛ является системное воспаление, которое сохраняется в стабильный период и активируется при обострении заболевания, что играет негативную роль в его прогрессировании и формировании осложнений. Системное воспаление при ОА рассматривается как низкоинтенсивное. Поиск надежных медиаторов активности системного воспаления определит пути эффективного воздействия на активность болезни.

Цель работы – изучить содержание эйкозаноидов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетанной с остеоартрозом. Материал и методы исследования. Обследованы 167 пациентов, среди них 131 больной с ХОБЛ клинической группы В (GOLD II) в среднем возрасте (54,4±3,1) лет, которые лечились по поводу обострения ХОБЛ, в т.ч. 67 больных – с обострением ХОБЛ, сочетанной с ОА (основная группа), 64 больных с обострением ХОБЛ – I группа сравнения, и 36 пациентов с ОА II стадии без синовита (II группа сравнения). Контрольную группу составили 32 практически здоровых лица того же пола и возраста. Концентрацию эйкозаноидов лейкотриена (LT) В4 и тромбоксана (Тх) В2 (стабильного метаболита ТхА2) в сыворотке крови и моче определяли с помощью наборов LTB4 ELISA kit и ТхВ2 ELISA kit (Enzo Life Sciences, USA), полученные результаты обработали статистически.

Результаты. Концентрация LTB4 в крови лиц основной группы была выше аналогичной у практически здоровых лиц в 25,3 раза ($p < 0,001$) и превышала уровень лиц I группы сравнения в 1,5 раза ($p < 0,05$) и таковую у лиц II группы сравнения в 12,8 раза ($p < 0,001$). Между содержанием LTB4 в сыворотке крови больных основной группы и их значениями ОФВ1 выявлялась сильная отрицательная корреляционная связь ($r = -0,812$, $p < 0,05$). Значения ТхВ2 в сыворотке крови больных основной группы были выше, чем в норме, в 11,8 раз ($p < 0,001$) и превышали аналогичные в I и II группах сравнения в 1,3 раза ($p < 0,05$) и 7,9 раз ($p < 0,001$) соответственно. Позитивные средней силы корреляционные связи между содержанием в крови ТхВ2 и LTB4 у пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ОА, и ХОБЛ отображали взаимоусиливающее влияние эйкозаноидов с провоспалительным действием как медиаторов системного воспаления у пациентов.

Выводы. Высокое содержание LTB4 и ТхВ2 может быть маркером активности системного воспаления при сочетанном течении ХОБЛ и ОА.

Можно ли считать нарушение сна, расстройства пищевого поведения и принадлежность к определенному хронотипу предпосылками развития ожирения?

Сотникова Ю.М., Квиткова Л.В., Смакотина С.А.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Цель исследования: оценить влияние нарушения сна, расстройств пищевого поведения, различных хронотипов на индекс массы тела (ИМТ) у мужчин с первичным ожирением.

Задачи исследования: 1. Проанализировать варианты хронотипа, нарушений пищевого поведения (ПП) и сна у пациентов с ожирением. 2. Оценить различия в ИМТ у пациентов с ожирением с разным типом ПП, хронотипом (ХП), нарушением качества сна. 3. Оценить наличие связи между нарушениями сна, ХП, ПП и психоэмоциональным статусом у пациентов с ожирением.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 84 мужчины 45-60 лет с ИМТ 30 и более кг/м². Критерии исключения: женский пол, вторичное ожирение, наличие онкопатологии, тяжелых соматических, психических, инфекционных заболеваний, нарушений углеводного обмена. Всем пациентам определяли массу тела (кг), рост (см) и рассчитывали ИМТ (кг/м²). Степень ожирения определялась

согласно ИМТ по критериям ВОЗ (1997 год). Проводилось анкетирование для определения типа ПП (Голландский опросник DEBQ, The Dutch Eating Behavior Questionnaire, T. Van Strein и соавторы, 1986 год), ХР (опросник Хорна-Остберга, Morningness – eveningness Questionnaire, Horne J.A., Ostberg O., 1976 год), оценки уровня тревоги/депрессии (Госпитальная шкала, Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983 год), оценки субъективных характеристик сна (анкета балльной оценки субъективных характеристик сна Левина Я.И., соавторов, 1995 год). Все данные статистически обработаны с использованием прикладной программы Statistica 6.0. Количественные данные представлены в виде медианы, 25 и 75 – процентиля – Me [25;75]. Уровень статистической значимости (p) принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Пациенты были в возрасте 59 [57;60] лет, имели ИМТ - 34,5 [31,6;37,3] кг/м². У 53,6% ($n=45$) из них диагностирована первая степень ожирения, у 32,1% ($n=27$) – вторая, у 14,3% ($n=12$) – третья степень. Установлено, что нормальный сон имели лишь 14,3% ($n=12$), субъективные нарушения качества сна – 46,4% ($n=39$), пограничное значение качества сна – 39,3% ($n=33$) пациентов. Преобладал ХР «сова» – 53,6% ($n=45$), реже встречались ХР «голубь» – 25% ($n=21$) и «жаворонок» – 21,4% ($n=18$). У всех пациентов выявлены нарушения ПП: эмоциогенный тип (ЭМПП) – у 46,4% ($n=39$), экстернальный тип (ЭКПП) – у 42,9% ($n=36$), ограничительный тип ПП (ОПП) – у 10,7% ($n=9$). Более половины обследованных – 64,3% ($n=54$) – имели субклиническую и клинически выраженную тревогу. При проведении оценки различий ИМТ у пациентов с ожирением, разделенных на группы в соответствии с типом ПП, вариантом ХР, нарушением качества сна, выявлены статистически значимые различия между группами (критерий Краскела-Уоллиса, $p=0,0000$, $p=0,0024$, $p=0,0125$). ИМТ у пациентов с ЭМПП (37,2 [33,5;40,2] кг/м²) и ОПП (36,8 [31,6;38,4] кг/м²) был значимо выше, чем у пациентов с ЭКПП (31,9 [31,0;34,5] кг/м²), $p=0,000002$ и $p=0,02$. Различий между ИМТ у пациентов с ЭМПП и ОПП выявлено не было, $p=0,82$. У пациентов с ХР «сова» ИМТ (35,9 [31,9;40,2] кг/м²) был достоверно выше, чем у пациентов с ХР «жаворонок» (32,2 [31,6;33,5] кг/м²) и «голубь» (33,3 [30,5;36,8] кг/м²), $p=0,003$ и $p=0,03$, которые в свою очередь между собой не отличались, $p=1,62$. У пациентов с субъективно плохим качеством сна ИМТ (37,2 [31,9;40,2] кг/м²) был достоверно выше, чем у пациентов с пограничным качеством сна (35,2 [34,1;37,7] кг/м²) и нормальным сном (32,0 [31,1;35,9] кг/м²), $p=0,012$ и $p=0,006$. ИМТ был также достоверно выше при пограничном нарушении сна по сравнению с пациентами с нормальным сном, $p=0,038$. Обнаружена зависимость между типом ПП и хронотипом ($\chi^2=14,21$, $p=0,006$), между уровнем тревоги и качеством сна ($\chi^2=7,33$, $p=0,025$), между типом ПП и качеством сна ($\chi^2=14,49$, $p=0,005$), между хронотипом и качеством сна ($\chi^2=23,38$, $p=0,0001$).

Выводы: 1. Среди пациентов с первичным ожирением преобладает ЭМПП – 46,4% ($n=39$) и ЭКПП – 42,9% ($n=36$), хронотип «сова» – 53,6% ($n=45$), субъективное низкое качество сна – 46,4% ($n=39$), повышенный уровень тревоги – 64,3% ($n=54$). 2. Более высокий показатель ИМТ характерен для пациентов с ЭМПП, ОПП, хронотипом «сова», низким и пограничным качеством сна. 3. Установлены ассоциации между типом ПП, хронотипом, уровнем тревоги и нарушением сна.

Значимость генетических и эпигенетических маркеров генов ADAMT55, GDF5, VDR в развитии остеоартроза у пациентов с гипермобильностью суставов

Тюрин А.В., Шаповалова Д.А., Лукманова Л.З.

Башкирский государственный медицинский университет, Институт биохимии и генетики УФИЦ РАН, Уфа

Остеоартроз (ОА) – гетерогенное заболевание, в основе которого лежит поражение всех компонентов сустава. Выделяют ряд заболеваний, клинических состояний и индивидуальных особенностей развития организма, которые способствуют возникновению ОА. Одним из них является гипремобильность суставов (ГМС) – эндофенотип синдрома дисплазии соединительной ткани. Наследственная обусловленность данных состояний не вызывает сомнений, однако, выявленные, до сегодняшнего дня, маркеры вносят небольшой вклад в формирование ОА, что, вероятно, связано с гетерогенностью фенотипа заболевания, а также различиями в возрасте манифестации и тяжести заболевания. В связи с этим чрезвычайно актуальным вопросом является дальнейшее исследование как генетических, так и эпигенетических факторов риска развития ОА и ГМС с учетом особенностей клинической картины и коморбидности.

Цель работы: оценка значимости генетических (полиморфные варианты) и эпигенетических (сайты связывания микроРНК) маркеров генов ADAMT5, GDF5, VDR в развитии ОА и ГМС в изолированном и коморбидном состояниях.

Материалы и методы. Были обследованы 500 женщин в возрасте от 35 до 55 лет (средний 48,8±5,2 лет) на предмет наличия ОА и ГМС. ОА диагностировался на основании критериев Американской ассоциации ревматологов (1995) с рентгенологическим подтверждением. ГМС определялась с помощью критериев Бейтона. Группу женщин с ОА составили 154 пациентки, из них ГМС выявлена у 62 человек. У 133 человек выявлена изолированная ГМС. У всех исследованных пациентов был произведен забор 5 мл венозной крови с последующим выделением ДНК, генотипированием полиморфных вариантов rs731236, rs7975232, rs1544410, rs2228570 гена VDR, rs143383 гена GDF5, rs226794 и rs2830585 гена ADAMT5 методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом. Для исследования эпигенетических механизмов были выбраны полиморфные варианты тех же генов, которые, согласно базам данных, являются участками связывания различных микроРНК с мРНК целевых генов: rs9978597, rs229069 и rs229077 в гене ADAMT5, rs73611720 в гене GDF5, rs11540149 в гене VDR. Исследование сайтов связывания микроРНК произведено с использованием методики KASP. В качестве приборной базы для KASP технологии была использована система для проведения ПЦР в режиме реального времени QuantStudio 12K Flex Real-Time PCR System (Thermo Fisher Scientific). Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием стандартных пакетов Microsoft Excel 2007, Statistica 6.0. Результаты. Был проведен сравнительный анализ частот аллелей и генотипов полиморфных вариантов генов ADAMT5, GDF5, VDR у лиц с ОА и ГМС. Выявлена ассоциация аллеля *G полиморфного локуса rs1544410 гена VDR с повышенным риском развития ОА в целом ($\chi^2=4,20$, $p=0,04$; OR=1,47, 95% ДИ 1,01-2,13). Риск развития полиостеоартроза повышается у носителей генотипа *C*C локуса rs143383 гена GDF5 ($\chi^2=6,38$, $p=0,011$; OR=1,95, 95% ДИ 1,01-3,70), аллеля *G ($\chi^2=7,16$, $p=0,007$; OR=2,25, 95% ДИ 1,2-4,32) и генотипа *G*G ($\chi^2=5,25$, $p=0,021$; OR=3,02, 95% ДИ 1,19-7,68) локуса rs1544410 гена VDR. Статистически значимых различий частот аллелей и генотипов исследованных генов у лиц с ГМС и отсутствием таковой, а так же при сочетании ОА с ГМС выявлено не было. Проведено исследование полиморфизма сайтов связывания микроРНК с мРНК генов ADAMT5, GDF5, VDR в исследованных группах. Частота аллеля *G гена ADAMT5 в группе контроля составила 0,567, тогда как у больных с коксартрозом ее частота достигла 0,729 ($\chi^2=4,172$; $p=0,041$), различия статистически значимы (OR=2,06; 95% ДИ 1,02-4,15). Аллель *A локуса rs11540149 гена VDR встречается в контрольной группе с частотой 0,017, тогда как у пациентов с ОА в целом ее частота составляет 0,068, различия статистически значимы ($\chi^2=4,701$, $p=0,030$). При этом у пациентов с ОА коленного сустава частота аллеля *A достигает 0,108 ($\chi^2=9,467$, $p=0,002$). Таким образом, аллель *A локуса rs11540149 гена VDR ассоциирован с

развитием ОА в целом (OR=4,28; 95% ДИ 1,20-15,30) и гоноартрозом (OR=7,09; 95% ДИ 1,92-25,91).

Заключение. Таким образом, выявлена значимость полиморфных вариантов и сайтов связывания микроРНК генов ADAMT5, GDF5, VDR в формировании ОА в целом, а так же отдельных его локализаций. При исследовании данных генов не выявлены маркеры риска развития ГМС и сочетанной патологии, что, с учетом выраженной клинической корреляции ОА и ГМС, требует проведения дальнейших исследований. Исследование поддержано РФФИ (грант № 17-44-020913 p_a).

Системный амилоидоз, развившийся у больной с диагностированным хроническим гломерулонефритом

Ушакова Н.А., Борисовская С.В., Степанова Е.А., Паджева Т.М., Никитин И.Г., Резник Е.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница №12 им. В.М. Буянова, Москва

Введение. Амилоидоз – заболевание, которое характеризуется внеклеточным отложением специфического нерастворимого фибриллярного белка амилоида и часто прижизненно не диагностируется. Идея: описать случай верификации системного амилоидоза при ранее диагностированном хроническом гломерулонефрите.

Цель работы: обратить внимание на необходимость исключения системного амилоидоза у больных с подозрением на хронический гломерулонефрит.

Клинический случай. Пациентка Л., 70 лет, госпитализирована с жалобами на общую слабость, эпизод потери сознания. За 6 лет до госпитализации был диагностирован хронический гломерулонефрит, подтвержденный гистологически, и назначены высокие дозы глюкокортикоидов, ретуксимаб до достижения ремиссии. 3 года назад диагностирован сахарный диабет 2 типа, нерегулярно глимепирид 2 мг/сутки, гликемия натощак 5-6 ммоль/л. В течение трех лет страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 160/100 мм рт.ст. Последний год отмечает утреннюю гипотонию до 80-90/50 мм рт.ст., периодически дискомфорт в левой половине грудной клетки, не связанный с физической нагрузкой, длительностью до 30-50 минут, купирующийся самостоятельно. Перед госпитализацией принимала аторвастатин 20 мг/сутки, ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сутки, омега-3, препараты кальция. При настоящей госпитализации при осмотре выявлены отеки стоп, нижней трети голеней, приглушение тонов сердца, расширение границ сердца влево. Выявлены гипохромная анемия (Hb 90 г/л, эритроциты – 3,9 млн/мкл, ЦП 0,69 ед, СОЭ 70 мм/ч), тромбоцитоз 780 тыс/мкл с резким снижением объема тромбоцитов. В биохимическом исследовании крови гипопроteinемия (42 г/л), гипоальбуминемия (19 г/л), снижение железа до 2,4 мкмоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, фибриноген 4,67 г/л (норма 1,8-3,5). В общем анализе мочи белок 3,0 г/л, суточная протеинурия 2,4 г/сутки. При эхокардиографии с доплерографическим анализом выявлены гипертрофия миокарда левого желудочка (толщина межжелудочковой перегородки 1,3, задней стенки 1,4 см). Уплотнение и кальциноз створок митрального и аортального клапана, митральная регургитация III степени, трикуспидальная регургитация II степени. Незначительная дилатация полости левого предсердия (4,2 см). В полости перикарда – небольшое количество жидкости с расхождением его листков до 4 мм. Уплотнение стенок аорты. По данным ультразвукового исследования, обнаружены киста почечного синуса правой почки, диффузные изменения паренхимы почек, диффузные изменения

увеличенной печени, поджелудочной железы. В ходе обследования пациентке проведена биопсия подкожной жировой клетчатки, где при гистологическом исследовании выявлены множественные депозиты амилоида (Grade CR4+ по визуальной системе оценке). При колоноскопии выявлена язва нижней трети сигмовидной кишки; при гистологическом исследовании – картина язвенного колита, множественные депозиты амилоида в собственной пластинке слизистой оболочки, мышечной пластинке слизистой оболочки и в стенках артериальных сосудов. При проведении гистохимической пробы в срезе, подвергшемся обработке перманганатом калия в течение 3 минут, отмечается сохранение конгофилии и способности к двойному лучепреломлению депозитов амилоида, что не характерно для AA типа амилоидоза. Для уточнения типа амилоида материал направлен на дополнительные исследования (иммуногистохимическое исследование, масс-спектрометрию).

Обсуждение. У пациентов с клинико-гистологической картиной хронического гломерулонефрита следует проводить более тщательную диагностику, включая дополнительную окраску биоптата почки Конго красным с последующим исследованием в поляризованном свете для исключения амилоидоза.

Что влияет на когнитивные функции у больных ревматоидным артритом?

Федосеев В.Ф., Грунина Е.А.

Городская больница №2, Приволжский исследовательский медицинский университет, Павлово, Нижний Новгород

Цель. Сравнить уровни когнитивных функций (КФ) у больных ревматоидным артритом (РА), остеоартритом (ОА) и контрольной группой лиц без заболеваний суставов (КГ). Определить факторы, связанные с уровнем КФ у больных разных групп.

Материал и методы. Изучили 205 человек, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 77 пациентов, страдающих РА, вторую – 60 пациентов с ОА и третью – 68 лиц без заболеваний суставов и без выраженной патологии жизненно важных органов. Среди больных РА, было 17 (21%) мужчин и 60 (77,6%) женщин, средний возраст которых составил 59,3±13,1 лет. В группе пациентов, страдающих ОА, было 54 (90%) женщин и 6 (10%) мужчин, средний возраст которых составил 63,9±8,9 года. Среди лиц КГ была 61 (89%) женщина и 7 (10%) мужчин, средний возраст которых составил 50,1±13,9 года. Применяли опросники MMSE (Mini-Mental State Examination), SF-36, шкалу Бека. Активность воспаления оценивали по индексу DAS28.

Результаты. Выявлено снижение уровня когнитивных функций (КФ) у пациентов, страдающих РА. Выявлены шесть КФ (ориентация, внимание, кратковременная память, скорость реакции, абстрактное мышление, конструктивный праксис), сниженные у больных РА в сравнении с КГ и снижение кратковременной памяти у больных РА в сравнении с пациентами, страдающими ОА. Возраст, пол, образование, занятость, показатели качества жизни, уровень депрессии, употребление алкоголя, высокая воспалительная активность заболевания у больных РА были связаны с уровнем когнитивных функций. Подтверждено более частое развитие депрессии у пациентов, страдающих РА, чем в группе контроля.

Выводы: 1. Определены шесть когнитивных функций (ориентация, внимание, кратковременная память, скорость реакции, абстрактное мышление, конструктивный праксис) статистически значимо сниженные у больных ревматоидным артритом в сравнении с контрольной группой. 2. Выявлено снижение кратковременной памяти у пациентов, страдающих РА в сравнении с группой больных ОА. 3. Различия между больными РА

и лицами группы контроля по уровню КФ выявлено в возрастной группе младше 60 лет. В более старшем возрасте различия между больными РА и лицами КГ по КФ нивелируются. 4. Выявлены факторы, связанные с уровнем КФ у больных РА.

Уровень Secreted Frizzled Related Protein-4 (SFRP4) в сыворотке крови как новый метод дифференциальной диагностики неалкогольной и алкогольной жировых болезней печени

Цыганова Ю.В., Тарасова Л.В.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

Известно множество способов дифференциальной диагностики НАЖБП и АБП. Это и специфические субъективные жалобы пациента, и данные анамнеза заболевания, жизни, и объективные признаки, и десятки лабораторных маркёров, и инструментальные методы диагностики, и, конечно, изучение гистологического строения печени по данным биопсии. Но, по настоящий момент, НАЖБП остаётся диагнозом исключения, на что тратится большое количество времени и средств. Каждый из известных для дифференциации показателей либо малоинформативен, либо имеет высокую стоимость или трудности в техническом исполнении, что не допускает его использование в широкой практике. В то же время, имеются данные о пригодности уровня Secreted Frizzled Related Protein-4 (SFRP4) в сыворотке крови к идентификации метаболических изменений в организме человека, а следовательно, и НАЖБП (Brix J.M. et al., 2016; Baldane S. et al., 2018).

Цель исследования: выявление показателей для дифференциальной диагностики НАЖБП и АБП, наиболее пригодных для использования в первичном звене.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 60 пациентах БУ «Городская клиническая больница №1» г. Чебоксары Министерства здравоохранения Чувашской Республики (МЗ ЧР) и 30 – БУ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ ЧР. В контрольную группу были включены случайно отобранные 30 практически здоровых лиц, без патологических изменений по данным общего, биохимического анализов крови, при оценке экоструктуры органов брюшной полости по данным ультразвукового исследования (УЗИ), без каких-либо заболеваний печени и других органов в анамнезе, добровольно согласившихся на исследование (группа N). В опытную группу были включены 2 равные подгруппы исследуемых: 1) 30 пациентов, страдающих НАЖБП, подтверждённой данными биопсии (O1). 2) 30 пациентов, имеющих подтверждённую алкогольную зависимость по данным анамнеза заболевания, ранее проведённых опросников CAGE, AUDIT и лабораторного теста определения CDT, более месяца не употреблявших алкоголь и на данный момент проходящих лечение в отделении реабилитации БУ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ Чувашской Республики (O2). Среди прошедших исследование отмечалось равное количество лиц мужского и женского пола, диапазон возраста – от 18 до 60 лет (средний возраст 43,4±1,67 года). ИМТ представителей обеих групп: 18-30 кг/м². Проводился анализ значений опросников CAGE, AUDIT, индекса массы тела (ИМТ), объёма талии, индексов: талия/бедро, талия/рост, шея/бедро, бедро/бедро. Из лабораторных методов: показатели общего и биохимического анализов крови, липидограммы, коагулограммы, уровня CDT, SFRP4 в сыворотке крови. Из инструментальных – данных ультразвукового исследования органов брюшной полости, транзитной эластографии и эластографии печени сдвиговой волной (ЭСВ). ИМТ рассчитывался по методу Кетле: ИМТ = вес (кг) / рост² (м²). Уровень SFRP4 в сыворотке крови определялся при помощи набора для ИФА ELISA Kit for SFRP4 (сертификат №

ISO13485:2003 EN ISO13485:2012/ISO9001:2008). Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием стандартных методов медицинской статистики.

Результаты и обсуждение. Отмечены достоверные различия по следующим параметрам: объём талии ($97,40 \pm 4,33$ см против $86,60 \pm 3,12$ см; $p < 0,05$), индекс талия/бедро ($1,21 \pm 0,11$ против $0,78 \pm 0,16$; $p < 0,05$), уровень SFRP4 в сыворотке крови ($21,96 \pm 0,97$ нг/мл против $11,3 \pm 0,8$ нг/мл; $p < 0,001$), показатели ЭСВ печени ($12,6 \pm 1,12$ кПа против $9,14 \pm 1,18$ кПа; $p < 0,05$). Объём талии, индекс талия/бедро, уровень SFRP4 в сыворотке крови – маркёры висцерального ожирения. Разница их показателей при дифференциальной диагностике НАЖБП и АБП объясняется тесной корреляцией НАЖБП и висцерального ожирения. Показатели ЭСВ печени у пациентов с АБП в условиях длительной абстиненции значимо лучше данных больных НАЖБП. Вероятно, как результат высокой регенераторной способности печени. Вывод. Некоторые маркёры висцерального ожирения способны дать достоверную разницу при дифференцировке НАЖБП и АБП. Уровень SFRP4 в сыворотке крови пригоден для дифференциальной диагностики НАЖБП и АБП в широкой практике.

Особенности когнитивных функций у женщин с артериальной гипертензией

Шадрин А.А., Корягина Н.А.

Пермский государственный медицинский университет, Пермь

Артериальная гипертензия (АГ) – самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание, при этом происходит повреждение головного мозга, которое вызывает когнитивные нарушения (КН).

Обследовано 60 женщин с АГ, $52,9 \pm 14,5$ года. Группа сравнения состояла из 20 условно-здоровых женщин. Все прошли физикальное обследование, электрокардиографию, рентгенографию грудной клетки, суточное мониторирование артериального давления (АД). Для оценки когнитивного статуса были использованы нейропсихологические тесты – шкалы мини-схема исследования психического состояния (MMSE) и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). В группах имеется разница в показателях пульсового, систолического и диастолического АД. При АГ гипотензивную терапию регулярно получали 64,2%. Возраст с АГ без КН меньше, чем при АГ и КН ($p < 0,05$); наличие высшего образования в группе без КН достоверно отличалось от подгруппы с АГ и КН ($p < 0,05$). В 44,6% женщины с АГ и КН не получали регулярной гипотензивной терапии. При АГ имеется отрицательная взаимосвязь показателей уровня MMSE и систолического АД ($r = -0,3$; $p < 0,05$), MoCa с уровнем пульсового АД ($r = -0,3$; $p < 0,05$). Уровень MMSE имел взаимосвязь с длительностью АГ ($r = -0,41$; $p < 0,05$).

Когнитивные нарушения у женщин с АГ ассоциированы с увеличением возраста, низким уровнем образования, длительностью АГ и недостаточным контролем артериального давления. У пациентов АГ с когнитивными нарушениями имеется низкая приверженность к приему гипотензивной терапии.

Структура медикаментозной терапии амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от категории риска

Шамбатов М.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Несмотря на широкий выбор антигипертензивных препаратов, эффективный контроль артериального давления (АД) остается актуальной проблемой. По данным различных исследований, до 50% пациентов, имеющих повышенное АД, не достигают целевых значений. К данной ситуации приводит ряд факторов: недостаточная эффективность, плохая переносимость терапии, низкая приверженность лечению. В таком положении, решающую роль приобретает грамотный выбор врачом гипотензивного препарата, установление доверительных отношений между врачом и пациентом.

Идея: анализ реальной структуры назначений врача поликлиники и их выполнения пациентом позволит систематизировать ошибки, допускаемые со стороны, как врача, так и пациента и поспособствуют разработке корректирующих мероприятий.

Цель исследования: оценка структуры медикаментозной терапии пациентов с АГ у амбулаторных пациентов.

Материалы и методы. В одномоментное исследование на условиях добровольного информированного согласия включены 140 пациентов (100 (71,4%) женщин и 40 (28,6%) мужчин) в возрасте от 40 до 91 года ($68,3, 60,5 \pm 7,6$ лет), последовательно обратившихся на консультативный прием участкового терапевта в нескольких учреждениях Свердловской области с различными жалобами и установленным диагнозом артериальной гипертензии в период с июня 2018 по август 2018 года. Все пациенты проанкетированы с помощью опросников, включавших в себя данные анамнеза жизни и данные о лечении в амбулаторных условиях. Данные представлены в виде: медиана, 25-75 перцентиль. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 10.0 с использованием непараметрического критерия Хи – квадрат Пирсона. Различия считались достоверными на уровне $p < 0,05$. Результаты: постоянную антигипертензивную терапию получали 127 (90,7%) человек, 10 (7,1%) принимали гипотензивные препараты исключительно при кризах, 3 (2,1%) респондента не получали медикаментозной терапии. Среди лиц, постоянно принимающих антигипертензивные препараты, 117 (85,40%) получали комбинированную терапию, 20 (14,60%) получали один препарат. Из 20 пациентов, находящихся на монотерапии, 1 (5%) пациент имел 1 степень артериальной гипертензии, у 10 (9%) пациентов установлена 2 степень артериальной гипертензии и у 9 (45%) человек выявлена 3 степень АГ. Следует отметить, что 62 (44,29%) пациента получали ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ), 65 (46,43%) пациентов получали блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа (БРА), 49 (35%) пациентов получали блокаторы кальциевых каналов, диуретики – 31 (7,75%) пациент, 32 (22,86%) пациента принимали моксонидин. Среди 87 пациентов 4 категории риска 53 (60,92%) пациентам была назначена терапия статинами, в то же время 34 (39,08%) их не получали по различным причинам, несмотря на необходимость данного назначения. Среди пациентов 3 категории риска только 15 (46,87%) принимали статины. 14 (77,77%) пациентов 2 категории риска получали статины. 3 пациента 1 категории риска гиполлипидемической терапии не получали. Чаще статины назначались пациентам 2 и 4 категории риска. При применении критерия Хи – квадрат Пирсона выявлено достоверное различие между группами ($\chi^2 = 12,73$; $p = 0,005$). Терапию антиагрегантами получали 45 (51,72%) пациента 4 категории риска, 10 (31,25%) пациентов с 3 категорией риска, 4 (22,22%) пациентов 2 категории риска, 3 пациента первой категории риска антиагреганты не получали. Различие между группами не достоверно ($\chi^2 = 9,95$; $p = 0,19$).

Обсуждение. Большинство пациентов получали постоянную медикаментозную терапию. Пациентам 3 категории риска в сравнении с группами 2 и 4 категории пациентов достоверно реже назначались гиполлипидемические средства. Согласно современным представлениям, назначение статинов при 3 и 4 категории риска необходимо. Антиагреганты получали только 45 (53,78%) пациентов 4 категории риска. Что противоречит

современным рекомендациям ведения пациентов с данной патологией. При 1-2 категории риска терапия антиагрегантами не показана. Структура гипотензивной терапии в целом соответствует рекомендуемой. Выводы. В амбулаторных учреждениях Свердловской области подавляющее большинство пациентов с установленным диагнозом АГ получают гипотензивную терапию. Но при этом значительная часть пациентов, нуждающаяся в препаратах, влияющих на прогноз (статины и антиагреганты) их не принимает. Данным вопросам следует уделять внимание при подготовке образовательных программ для врачей и пациентов. Работа одобрена ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, протокол №5 от 18.05.2018.

Кардиалгия у больной с aberrантной правой подключичной артерией (артерия Lusoria)

Шебзухова М.М., Туршева М.Э., Федотова Н.М., Кемеж Ю.В., Никитин И.Г., Резник Е.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Городская клиническая больница им. В.М. Буянова, Москва

Введение. Артерия Люзория (arteria Lusoria) – аномалия развития дуги грудной аорты, для которой характерно отхождение правой подключичной артерии непосредственно от дуги аорты. По современным литературным данным, встречается приблизительно у 0,5% населения. Часто проявляется дисфагией, механизм возникновения которой связан с аневризматическим расширением arteria lusoria, оттеснением пищевода кпереди и сдавлением его извне. Может сопровождаться затруднением дыхания, обусловленным сдавлением трахеи аневризмой arteria lusoria. Редко приводит к кривошею и увеличению объема шеи за счет крупной аневризмы, триаде Горнера, кашлю, охриплости голоса, обусловленной парезом гортани. Идея: описать случай манифестации артерии lusoria с развития кардиалгии. Цель работы: обратить внимание на необходимость исключения патологии грудного отдела аорты, в том числе артерии lusoria, у больных с кардиалгиями неясного генеза.

Клинический случай. Пациентка 18 лет без диагностированной ранее патологии была госпитализирована с клиникой давящих болей, без иррадиации, возникших после эмоционального стресса и продолжительностью около одного часа. Данных за повышение артериального давления при госпитализации и в анамнезе, симптомов и признаков сердечной недостаточности не было. При электрокардиографии (ЭКГ) регистрировался синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 50 в минуту, нормальное направление электрической оси сердца, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в III отведении. Концентрация тропонина в крови составила <0,01 нг/мл (N<0,01 нг/мл), липопротеины низкой плотности – 3,36 ммоль/л, D-димер – 542 мг/мл (N<500 мг/мл). Рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, а также ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства патологии не выявили. При эхокардиографии выявлена нормальная сократимость миокарда, нормальные размеры и объемы полостей сердца, давление в лёгочной артерии и функция клапанного аппарата. Фракция выброса левого желудочка составила 55%, максимальный градиент на аортальном клапане 15 мм рт.ст., пиковая скорость кровотока на аортальном клапане – 1,82 м/с. Во время проведения велоэргометрии у пациентки возникли давящие боли за грудиной, аналогичные болям при поступлении в стационар, без характерных изменений на ЭКГ. Холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24-х часов выявило синусовый ритм со средней частотой 68,

минимальной 44, максимальной 118 ударов в минуту; 4 наджелудочковые экстрасистолы. Пауз, желудочковых экстрасистол и диспозиции сегмента ST в течение суток не зарегистрировано. Компьютерная томография органов грудной клетки выявила аномалию дуги аорты: правая подключичная артерия отходила от дуги аорты и проходила впереди пищевода, что позволило констатировать у больной наличие артерии lusoria.

Заключение: у больных с болями в грудной клетке неясного генеза в круг дифференциальной диагностики целесообразно включать аномалии аорты и ее ветвей, в том числе наличие артерии lusoria.

Перекрестный синдром при системной красной волчанке (клиническое наблюдение)

Шестеркина Ю.В., Волошинова Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Областная клиническая больница, Саратов

Состояние, характеризующееся проявлением нескольких классических аутоиммунных заболеваний у одного пациента, называют перекрестным или overlap синдромом. Развитие перекрестного синдрома обусловлено широким спектром разных аутоантител у одного и того же индивида. В нефрологическое отделение Областной клинической больницы (г. Саратов) в сентябре 2017 г. госпитализирована пациентка П., 43 лет, с жалобами на отеки нижних конечностей, повышение артериального давления (АД) до 150 и 90 мм рт. ст., общую слабость. Год назад стала отмечать появление «летучих» болей, припухлости мелких суставов кистей, в последующем локтевых и плечевых суставах, усиление выпадения волос. В июле 2017 г. после острого бронхита появился отечный синдром (пастозность лица, отеки нижних конечностей, увеличение в объеме живота) и артериальная гипертензия (АГ) максимально до 150 и 90 мм рт. ст. Выявлен развернутый нефротический синдром при нормальном уровне азотемии. При поступлении: отеки до верхней трети голеней, АД 120 и 80 мм рт.ст. Лабораторно: анемия (Hb 93 г/л), лейкопения (3,75×10⁹), тромбоцитопения (74×10⁹), протеинурия (более 3,2 г в сутки), эритроцитурия (до 15 в поле зрения), гипопротейнемия 54 г/л (альбумин 22 г/л), азотемия (мочевина 15 ммоль/л, креатинин 156 мкмоль/л), холестерин 4,6 ммоль/л. В стационаре проведено иммунологическое обследование, позволившее диагностировать системную красную волчанку (СКВ), волчаночный нефрит: антитела (АТ) к нативной ДНК – 584,4 МЕ/л, антинуклеарные АТ 3,8 отн.ед. Одновременно выявлены антитела к цитоплазме нейтрофилов (ANCA) в высоком титре (pANCA 1:5120, являющиеся АТ к лактоферрину). Выполнена диагностическая нефробиопсия, выявлен экстракапиллярный малоиммунный гломерулонефрит с 62% фиброзных и фиброзно-клеточных полулуний, характерный для ANCA – ассоциированного поражения. Выставлен диагноз СКВ, ANCA – ассоциированный гломерулонефрит (ГН). Пациентке проведена терапия сверхвысокими дозами метилпреднизолона (1000) мг с последующим приемом преднизолона 55 мг в сутки, начата программная терапия циклофосфамидом, назначен гидроксихлорохином 400мг в сутки. На этом фоне отмечена положительная динамика: нормализация гематологических параметров, снижение титра аутоиммунных антител, уменьшение проявлений нефротического синдрома.

Продемонстрирован редкий случай развития ANCA-ассоциированного ГН при наличии системной красной волчанки с яркими клиническими проявлениями, подтвержденной клинико-лабораторными данными, что делает данный диагноз неоспоримым. По данным литературы вовлечение почек имеет место практически во всех случаях СКВ. Но для волчаночного нефрита обязательным является наличие депозитов

иммуноглобулинов при иммунофлюоресценции. В данном случае поражение почек, выявленное при иммунофлюоресценции, характерно для мало-(раусi-)иммунного ANCA-ассоциированного гломерулонефрита. ANCA – позитивность при СКВ выявляется у 35-47% пациентов, причем у большинства из них обнаруживаются рANCA (90,8%). Антитела к лактоферрину выявлены у 39% пациентов, и их количество коррелирует с клинической активностью СКВ. Однако в литературе описано 5 больных с классической СКВ в дебюте заболевания, у которых в дальнейшем заболевание трансформировалось в классический системный васкулит. Примечательно, что в сыворотках всех больных обнаруживались рANCA. Таким образом, в приведенном клиническом примере поражение почек, обусловленное ANCA-ассоциированными механизмами при системной красной волчанке может быть расценено как проявление редкого перекрестного синдрома. Ключевые слова: перекрестный синдром, системная красная волчанка, ANCA – ассоциированный гломерулонефрит.

Полиморфизм C807T гена ITGA2 у пациентов с артериальной гипертензией как индикатор тромбоцитарной дисфункции

Шишкина Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В., Обухова О.В., Сахена В., Наумов С.А., Спасенков Г.Н., Кривцов А.В.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Клинический кардиологический диспансер, Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровья населения, Пермь

Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее социально-значимых сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в то время как выявление генетических факторов и оценка их вклада в развитие АГ является одной из приоритетных задач современной кардиологии. Возможность изучения полиморфизма генов-кандидатов ССЗ, а также установление ассоциаций генетического полиморфизма с общеклиническими лабораторными методами обследования пациентов с АГ представляет неоспоримый интерес.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторную значимость ассоциации полиморфизма C807T гена ITGA2 с агрегационной активностью тромбоцитов (ААТ) у пациентов с АГ.

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов с установленным диагнозом АГ (15 женщин и 32 мужчины), находившихся на лечении в отделении кардиологии и профилактики ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» (г. Пермь) без тяжелых сопутствующих заболеваний. В исследование не включались пациенты с уровнем гемоглобина (Hb) <100 г/л; содержанием тромбоцитов <100•10¹²/л или >450•10¹²/л; креатинином сыворотки крови >120 мкмоль/л. Медиана возраста пациентов составила 55 лет с интерквартильным размахом от 48 до 60 лет. Забор крови производили утром натощак путем венопункции кубитальной вены по стандартизированной методике. ААТ исследовали импедансным методом с помощью анализатора Multiplate (Verum Diagnostica, Германия) с использованием в качестве индуктора агрегации реагента TRAP-6. Изменение сопротивления выражалось в агрегационных единицах – AU (aggregation unit). Оценивалась площадь под агрегационной кривой (area under curve - AUC). У всех пациентов с помощью сухого стерильного зонда с ватными тампонами вращательными движениями без травматизации проводили забор материала со слизистой оболочки щеки с последующим выявлением однонуклеотидных полиморфных вариантов генов методом аллельспецифической полимеразной цепной реакции на амплификаторе «CFX-96» BioRad Laboratories, Inc. (США) с использованием

наборов производства ООО «Синтол» (г. Москва) и детекцией продуктов в режиме реального времени. Результаты интерпретировались в зависимости от характера кривых амплификации, отображаемых в программном обеспечении CFX Manager v. 3.0 для амплификатора CFX96 с использованием метода аллельной дискриминации. Статистический анализ материала проводили с применением пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft). Для анализа количественных данных использовали тест Манна-Уитни. Статистический анализ распределения частот аллелей и генотипов проводили с использованием таблиц сопряженности и критерия хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25-го и 75-го процентилей (25; 75). Для вычислений использовалась программа «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях “случай-контроль”» (http://gen-exp.ru/calculator_or.php). Для оценки ассоциации аллелей и генотипов с риском развития гипoaгрегации использовали критерий хи-квадрат и отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. Установлено, что частота генотипов -807 CC, -807 CT, -807 TT среди больных АГ составила соответственно 18 (38,3%), 23 (48,9%) и 6 (12,76%), а их распределение не противоречило распределению Харди-Вайнберга ($p = 0,47$). Сравнительный анализ показателей ААТ с реактивом TRAP-6 выявил статистически значимые различия между группами пациентов, являющихся носителями разных генотипов (103,5 (67,0; 121,0) AU у гомозигот -807CC против 52,5 (48; 83) AU у гомозигот -807 TT, $p = 0,045$). В группе пациентов со сниженной ААТ (TRAP test менее 94 AU) преобладало носительство неблагоприятного аллеля T в сравнении с группой пациентов с нормальным уровнем ААТ (ОШ = 3,81, 95% ДИ 1,38-10,54; $p = 0,008$). У пациентов данной группы отмечалось значимое повышение частоты встречаемости гетерозигот -807 CT (ОШ = 4,75, 95% ДИ 1,24-18,19; $p = 0,009$), а также повышение частоты встречаемости гомозигот по вариантному аллелю -807TT (ОШ = 2,88, 95% ДИ 0,31-27,07; $p = 0,009$) по сравнению с группой пациентов с нормальным уровнем агрегации. Выводы. В настоящей работе впервые исследованы ассоциации полиморфизма C807T гена ITGA2 с ААТ у пациентов с АГ. Результаты работы показали, что носительство неблагоприятного аллеля ITGA2 -807T связано с уменьшением ААТ с реактивом TRAP-6. Допустимо предположить, что группа пациентов с АГ и снижением ААТ потенциально может рассматриваться как группа повышенного риска развития сердечно-сосудистых событий.

Улучшение качества жизни женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией

Эдилова Р.М., Сейдахметова А.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент

Цель. Оценить эффективность образовательной программы в Шымкентской городской больнице скорой медицинской помощи у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе.

Материал и методы исследования. Была организована «Школа здоровья» среди 40 женщин с артериальной гипертензией в постменопаузальном периоде, которые принимали стационарное лечение в Шымкентской городской больнице скорой медицинской помощи, после выписки. Из 40 женщин, обследованных на первом этапе, занимались в Школе АГ 20. 20 женщин, не посещавших занятия в Школе АГ, составили группу сравнения. В этой группе была проведена беседа, в ходе которой пациенты согласились следовать всем правилам медикаментозного и немедикаментозного лечения, а также задачам самоконтроля состояния.

Интерактивное обучение в группе, посещавшей Школу АГ, проводилось в ходе 10 занятий по 5 темам в стационаре, на которых пациентам выдавали информационные материалы, с последующим наблюдением. План включает ключевые компоненты здорового образа жизни. Главная цель программы «Школа здоровья» – помочь устранить факторы риска, особенно прекращение курения; информировать пациентов и их семьи о возможности социальной и семейной поддержки для улучшения качества жизни; преподавать практические навыки измерения артериального давления; предотвратить развития осложнения гипертонии.

Результаты. Важнейшие характеристики медико-социального портрета это женщины, возраст которых старше 48 лет (54,5+1 лет), средне-специальное образование (52%), осведомленность о наличии артериальной гипертонии (95%) и сопутствующие заболевания (83%), стаж АГ 5 лет (35%) (4,3+1,2 лет). Терапия носит непостоянный характер, препараты пациент принимает при ухудшении самочувствия (нарушение кратности приема) (37%), для проведения и корректировки лечения обращается к врачу (20%), занимаются самолечением (60%). Большинство (92%) забывают принимать лекарственные препараты или не соблюдают режим приема (49%), или не

принимают лекарственные препараты, если самочувствие хорошее (25%). Заключение. Качество жизни у участников в группе сравнения не изменились по сравнению с контрольными участниками «Школы здоровья». Потому что у 6 (30%) женщин, диапазон артериального давления составляет 150/100 мм рт.ст. Частота гипертонических кризов у участников сравнительной группы, а также спрос на медицинскую помощь остались неизменными. У 12 (60%) женщин из группы контролируемых участников были заметны снижение веса из-за изменений в меню продуктов питания и из-за повышенной физической активности, что указывает на улучшение качества жизни и профилактику других заболеваний. Среднесуточные значения систолического и диастолического артериального давления у 10 (50%) женщин в первой группе уменьшились до 10/5 мм. Женщины в этой группе поняли важность ежедневного измерения артериального давления, несмотря на хорошее состояние здоровья. Эффективность женщин в постменопаузе с артериальной гипертонией во многом зависит от психологических установок личности, что побуждает их активно участвовать в образовательной программе «Школа здоровья».

Содержание

Сборник тезисов

Сочетанное применение неинвазивных методов диагностики субклинических признаков патологии сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом Александров В.А.	3
Оценка эффективности комплексного лечения больных хронической обструктивной болезнью лёгких и ишемической болезнью сердца Абдуллаев А.Х., Садыкова Г.А., Аляви Б.А., Арипов Б.С., Шукуров У.М., Турсунбаев А.К., Эгамбердыева Д.А.	3
Анализ метаболических нарушений у хакасов и европеоидов с хронической сердечной недостаточностью Агеева Е.С., Берсенёва О.А.	4
Влияние антитабачного законодательства на госпитальную заболеваемость пневмонией в самарской области Агишина Т.А., Концевая А.В., Гамбарян М.Г., Дупляков Д.В.	5
Психосоциальный и вегетативный статус здоровых молодых мужчин Акимова А.В., Миронов В.А., Гагиев В.В., Тарасова Е.В.	5
Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита Алиахунова М.Ю.	6
Изучение эффективности антиагрегантных и гиполипидемических препаратов у пациентов с ишемической болезнью сердца после плановой реваскуляризации Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узакон Ж.К., Азизов Ш.И., Исхаков Ш.А., Сайфиев Н.Я., Каримова Д.	6
Важность оценки антропометрических индексов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и висцеральным ожирением Аметов А.С., Литвиненко В.М.	7
Раннее сосудистое старение и факторы с ним связанные у молодых мужчин с предгипертензией Антропова О.Н., Осипова И.В., Кондаков В.Д., Силкина С.Б.	7
Особенности профессиональной деятельности фельдшерских бригад скорой медицинской помощи в районах Волгоградской области Апхутин А.Ф.	8
Сахарный диабет 2 типа в структуре множественных хронических заболеваний Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Сучкова Е.И., Красильникова Е.В.	8
Изменение толщины комплекса интима-медиа и скорости пульсовой волны у больных с воспалительными заболеваниями кишечника Бабаева Г.Г., Бабаев З.М.	9
О проблеме эндотелиальной дисфункции у больных с печеночной патологией Бабаева Г.Г., Бабаев З.М., Зейналлы Т.И., Исмаилова Х.М.	10
Хронические заболевания вен нижних конечностей увеличивают частоту жалоб у мужчин с артериальной гипертензией Баев В.М., Вагапов Т.Ф.	10
Хроническая обструктивная болезнь легких и ишемическая болезнь сердца: влияние тандема на функцию почек Бакина А.А., Павленко В.И.	11
Диагностика и лечение дивертикулярной болезни в условиях поликлиники Балашов А.В., Бурдина Е.Г., Аронова О.В., Чугунникова Л.И., Минушкин О.Н.	11
Личностная тревожность и ситуативная тревога при сочетанном течении вибрационной болезни и артериальной гипертензии Бараева Р.А., Бабанов С.А.	12
Оценка риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений у лиц, перенесших ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий Белокрылова Л.В., Пушников А.А.	12
Воспалительные заболевания кишечника у пациентов с анкилозирующим спондилитом Белоусова Е.Н., Хассан С.Аскар, Сухорукова Е.В., Протопопов М.С., Абдулганиева Д.И.	13

Клинико-диагностические особенности течения посткардиотомного синдрома у больных с ХОБЛ после кардиохирургических операций на амбулаторном этапе реабилитации Беренштейн Н.В., Лохина Т.В., Иванчукова М.Г.	13
Коррекция различных видов обмена печени при внебольничных пневмониях в процессе терапии Бобылева Е.С., Горбунов А.Ю., Васильева О.А.	14
Гендерно-возрастные особенности зарегистрированных сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития по результатам диспансеризации Болотова Е.В., Ковригина И.В.	14
Аспирининдуцированные гастродуодениты у пациентов с ишемической болезнью сердца: варианты лечения Боровкова Н.Ю., Буянова М.В., Боровков Н.Н.	14
Диагностика гипертонической болезни сердца при эхокардиографии – раннего маркера скрытой артериальной гипертонии и скрытой неэффективности лечения артериальной гипертонии на рабочем месте Бритов А.Н., Платонова Е.М., Елисеева Н.А., Смирнова М.И.	15
Особенности суточного профиля артериального давления, показатели качества жизни и психоэмоционального состояния пациентов с артериальной гипертензией на фоне хронической обструктивной болезни легких Бубнова М.А., Крючкова О.Н., Кучеренко Т.В.	15
Снижение уровня мелатонина как фактор прогрессирования хронической обструктивной болезни легких Будневский А.В., Кожевникова С.А., Гончаренко О.В.	16
Мелатонин и его влияние на активность системного хронического воспаления у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких Будневский А.В., Кожевникова С.А., Гончаренко О.В.	17
Клиническая эффективность медикаментозной терапии и легочной реабилитации в профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Мальцева Ю.Н.	17
Легочная реабилитация в сочетании с вакцинацией у больных хронической обструктивной болезнью легких Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Мальцева Ю.Н.	18
Особенности сочетанного течения хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Полякова Н.В., Мальцева Ю.Н.	18
Влияние терапии ингибиторами фосфодиэстеразы-4 и физических тренировок на клиническую эффективность лечения ХОБЛ у больных с сахарным диабетом типа 2 Будневский А.В., Овсянников Е.С., Перцев А.В., Полякова Н.В., Мальцева Ю.Н.	19
Возможности достижения контроля над бронхиальной астмой у больных с метаболическим синдромом Будневский А.В., Трибунцева Л.В., Кожевникова С.А., Ермолова А.В.	20
Влияние уровня медикаментозного комплаенса на контроль и клиническое течение бронхиальной астмой Будневский А.В., Трибунцева Л.В., Кожевникова С.А., Скоков М.В.	20
Диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника в условиях поликлиники Бурдина Е.Г., Балашов А.В., Голубев Н.Н., Чугунникова Л.И., Егорова Н.В.	21
Желудочно-кишечные кровотечения в амбулаторной практике Бурдина Е.Г., Балашов А.В., Егорова Н.В., Голубев Н.Н., Аронова О.В.	21
Безопасность, эффективность и иммуногенность трехвалентной инактивированной сплит-вакцины против гриппа у пациентов с ревматическими заболеваниями. Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Лукина Г.В., Черкасова М.В., Диатроптов М.Е.	22
Миксома, как одно из возможных, причинно сопряженных с первично-хроническим септическим эндокардитом, проявлений Бушманова Г.М.	22
Первично-хронический септический париетальный эндокардит, в рамках долгосрочного проспективного наблюдения больной, спустя 35 лет (1983-2018) Бушманова Г.М., Зорина И.Г., Останькович О.И.	23

Качество жизни у мужчин с артериальной гипертензией снижается при наличии признаков хронических заболеваний вен Вагапов Т.Ф., Баев В.М.	23
Содержание тромбоксана В2 в сыворотке крови больных пневмонией, ассоциированной с ожирением Вагина Ю.И., Победенная Г.П., Скиба Т.А.	24
Взаимосвязь нарушений аффективной сферы, инсомнии и усталости при ревматических заболеваниях у женщин Васильева А.О., Шестерня П.А.	25
Особенности показателей эхокардиографии у лиц молодого возраста с разным уровнем артериального давления Ватутин Н.Т., Скланная Е.В.	25
Подходы к назначению опиоидной терапии пациентам неонкологического профиля – как не повторить чужих ошибок Введенская Е.С., Палехов А.В.	25
Сопряженность ремоделирования сердца и сосудов у нормотензивных лиц и больных артериальной гипертензией Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Кулик Н.А., Губская П.М.	26
Роль двигательной активности в профилактике артериальной гипертензии при обучении в медицинском ВУЗе Венеццева Ю.Л., Казидзаева Е.Н., Мельников А.Х.	27
Адипокины и гормонально-метаболические показатели у женщин с гипотиреозом и сахарным диабетом 2 типа Вербова Н.И., Ломонова Т.В., Вербовой А.Ф.	27
Содержание адипокинов и эхокардиографические показатели у больных сахарным диабетом 2 типа и гипотиреозом Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А., Ломонова Т.В.	28
Частота и причины артериальной гипертензии у больных с острой тромботической окклюзией при атеросклерозе артерий нижних конечностей Вечорко В.И., Теплова Н.В., Евсиков Е.М., Майтесян Д.А.	28
Проблемы определения, классификации и кодировки понятия «мультифокальный атеросклероз» для работы в автоматизированной информационной системе амбулаторно-поликлинического учреждения Виноградов С.Н., Шкловский Б.Л., Прохорчик А.А., Лазарев А.Б., Воробьев Е.Г., Бакшеев В.И.	29
Неспецифическая гиперчувствительность на табачный дым, экстракт сигарет по увеличению пероксидазной активности в слюне Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н., Бардов В.С.	29
Эозинофильный катионный протеин – предиктор тяжести течения бронхиальной астмы, связанной с грибковой сенсibilизацией Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н., Бардов В.С.	30
Применение ультразвуковой эластографии сдвиговой волной в ревматологии Волков К.Ю., Буряк И.С., Демьяненко Н.Ю.	30
Оценка тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с основными факторами риска неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.	31
Анализ диспансерного наблюдения пациентов с повышенным артериальным давлением в Тюменской области Гагина Т.А., Туровина Е.Ф., Андреева А.А., Гартунг К.А., Сажнева А.С.	31
Тревожно-депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом Гамидова С.Г., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р., Чиликина Н.С.	32
Распространенность белково-энергетической недостаточности и сниженной мышечной силы у пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на гемодиализе Гасанов М.З., Батюшин М.М., Терентьев В.П., Кузярова А.С., Бондаренко Н.Б., Лапина Е.С.	33
Субъективно-объективные показатели состояния здоровья женского населения в лонгитудинальном исследовании в России/Сибири: 1988-2016 годы Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Крымов Э.А., Панов Д.О.	33
Поздняя кожная порфирия как редкий случай внепечёночных проявлений хронического гепатита с (описание клинического наблюдения) Гендриксон Л.Н., Хайменова Т.Ю., Винницкая Е.В.	34

Вклад ожирения в прогрессирование остеоартроза Георгинова О.А.	34
Частота встречаемости эозинофилии при хронической обструктивной болезни легких Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Демчук Е.А.	34
Гемодинамические эффекты экстрасистолии как предиктор развития и прогрессирования атеросклероза Германова О.А., Германов А.В.	35
Сравнительные результаты тромболитической терапии в условиях первичного сосудистого центра Гривенко А.И., Низов А.А., Бороздин А.В., Беленикина Я.А., Бикишева И.В., Филимонова А.А.	35
Изучение показателей микроциркуляторного русла у пациентов с острым коронарным синдромом и относительно здоровых добровольцев Глова С.Е., Хаишева Л.А., Самакаев А.С., Суроедов В.А., Шлык С.В.	36
Инновационные методы в организации управления медицинским процессом в консультативной поликлинике ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» Глущенко Н.П.	36
Коморбидность у пациентов с онкологическими заболеваниями Гончарова Ю.К., Курмуков И.А., Давыдова Л.В., Светанкова А.А., Сандомирская А.П., Кашия Ш.Р.	37
Оценка сосудистого возраста у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени Горбачева Е.Е., Ермоленко А.А., Туркина С.В.	37
Многолетняя динамика распространенности факторов риска кардиоваскулярной патологии у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Година З.Н., Епифанов С.Ю., Тханг Н.В.	38
Оценка геометрии левого желудочка у реципиентов трансплантатов печени в отдаленном послеоперационном периоде Григоренко Е.А., Руммо О.О., Митьковская Н.П.	38
Диагностика скрытой артериальной гипертензии и «гипертонии белого халата» и их связь с поражением органов-мишеней Григоричева Е.А., Бондарева Ю.Л.	39
Особенности поражения сердца и сосудов при фенотипических маркерах соединительно-тканной дисплазии в различных возрастных и клинических группах Григоричева Е.А., Гессен Г.Р., Гафаров Д.А.	40
Особенности патологии сердца у пациентов с системным амилоидозом Григорьева Е.В., Волошинова Е.В.	40
Сравнительный анализ использования различных критериев эффективности терапии ревматоидного артрита Гриценко О.Д., Шестерня П.А.	41
Микробиом - точка терапевтического воздействия в лечение остеоартроза Гульнева М.Ю., Носков С.М.	41
Качество жизни пациентов, получающих заместительную почечную терапию в Северном регионе Долгополова Д.А., Малашенко С.М.	42
Полиморфизм rs9939609 гена FTO и пищевой термогенез макронутриентов Егоренкова Н.П., Сорокина Е.Ю., Погожева А.В., Соколов А.И., Батурин А.К.	42
Качество жизни у женщин с ревматоидным артритом в зависимости от наличия тревоги и депрессии Егорова Е.В., Романова Т.А., Никитина Н.М., Ребров А.П.	43
Оценка терапии с включением таурина на функциональное состояние почек у больных с неалкогольной жировой болезнью печени и ожирением Ермоленко А.А., Горбачева Е.Е., Туркина С.В.	43
Лабораторные маркеры миеломной нефропатии при впервые выявленной множественной миеломе Ефимова Л.П., Зинина Е.Е., Кабанова Е.Н.	44
Холтеровское мониторирование ЭКГ в оценке некоторых показателей вегетативной нервной системы у больных сахарным диабетом Ефремова О.Н., Есина М.В., Прекина В.И., Ямашкина Е.И.	44
Применение пептидного биорегулятора (кортексин) в комплексном лечении артериальной гипертензией с дисциркуляторной энцефалопатией Ефремушкин Г.Г., Подсонная И.В.	44

Реакция артериального давления на физическую нагрузку у больных артериальной гипертензией женщин с различным психоэмоциональным фоном Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Виноградов А.И., Сухенко И.А.	45
Значение патологии соединительно-тканного матрикса в развитии нейроциркуляторной дистонии Захарьян Е.А.	45
К вопросу о ранней диагностики первичных опухолей головного мозга врачами первичного звена Зенкина Т.А., Сафонова И.А.	46
Особенности центральной и внутрисердечной гемодинамики у молодых пациентов с идиопатической артериальной гипотензией Зиц С.В., Ахметов И.Р., Курная И.В., Сарманаев С.Х.	47
Профилактика ишемического инсульта как социально-экономическая проблема Зоренко А.В., Мазуренко С.О., Ильина О.М., Максимов А.Д., Грузманов А.К., Гудкова Н.А.	47
Управление здоровьем – формирование современной системы сохранения и укрепления здоровья Зубарева Н.Н., Николаева И.В., Крылова Л.С., Андропова Е.А., Бабицын С.Н.	48
Хроническая ишемия мозга при истинной полицитемии Зырина Г.В.	48
Фармакологические возможности коррекции показателей липопероксидации у больных ишемической болезнью легких в условиях коморбидности Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Пилюева Е.В., Сысойкина Т.В., Холина Е.А., Липатникова А.С., Луговсков Е.А.	49
Непрерывный индивидуальный мониторинг как ведущий фактор установления контроля над заболеванием Иванова Н.И., Малина В.В., Шумова А.Л., Баранова В.В.	49
Частота встречаемости низкоэнергетических переломов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, имеющих коморбидную патологию Игнатъева И.А., Нестерович И.И., Выборная В.Д.	50
Проблемы и состояние здоровья лиц пожилого возраста Инарокова А.М., Ошнокова М.М., Гукетлова А.А., Муртазова Л.А.	51
Опыт применения аддитивной терапии диабетической периферической нейропатии Инина Л.И., Апухтин А.Ф.	51
Клинико-лабораторные особенности верификации диабетической нефропатии у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа Исакова Д.Н., Азисова Э.М., Рябушева С.А., Белокрылова Л.В.	52
Частота развития гипертонических кризов, как критерий эффективности контроля артериальной гипертензии Ицкова Е.А., Крючкова Е.А., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.	52
Эффективность применения статинов при остеоартрите Кабалык М.А., Невзорова В.А.	52
Полиморфизм генов оксидативного стресса (EPAS1, GPX4) у больных остеоартритом в условиях сердечно-сосудистой коморбидности Кабалык М.А., Невзорова В.А., Суняйкин А.Б., Плехова Н.Г.	53
Клинический случай проявления тромбофилии на фоне онкологического заболевания яичника, как пример комплексного подхода к больному Кадыкова А.В., Кондратьева О.В., Мартыанова Ю.Б.	54
Особенности синдрома острого повреждения почек в период реконвалесценции Казакова И.А., Попова И.В., Трефилов А.В.	54
Возможности современной терапии сахарного диабета у лиц пожилого и старческого возраста Калинникова Л.А., Жулина Н.И., Рунова А.А., Гринькова Л.В.	54
Оценка кардиоваскулярного риска в амбулаторных условиях Камилова У.К., Исмаилов С.И., Турдиев М.Р.	55
Оценка сравнительной эффективности лозартана и лизиноприла на показатели функционального состояния почек и почечного кровотока у больных с хронической сердечной недостаточностью Камилова У.К., Расулова З.Д., Ибабекова Ш.Р., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.	55

Взаимосвязь нейрогуморальных показателей с параметрами ремоделирования сердца и дисфункцией почек у больных с хронической сердечной недостаточностью Камилова У.К., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р., Нуриддинов Н.А., Утемуратов Б.Б., Тошев Б.Б.	56
Влияния занятий скандинавской ходьбой на показатели качества жизни и здоровья в реабилитации женщин пожилого возраста Кантемирова Р.К., Крысюк О.Б., Фидарова З.Д.	56
Сравнительный анализ качества жизни у пациентов пенсионного возраста с ишемической болезнью сердца, подвергнутых различным методам реваскуляризации Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Свиридова Е.О., Синицын И.В., Габуева М.Э.	57
Особенности определения функционального класса хронической сердечной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью легких Кароли Н.А., Бородкин А.В., Ребров А.П.	57
Прогностические маркеры развития неблагоприятных исходов у больных хронической обструктивной болезнью легких и хронической сердечной недостаточностью Кароли Н.А., Бородкин А.В., Ребров А.П.	58
Влияние климатических показателей на заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в Туркестанской области и других регионах Казахстана Кауызбай Ж.А., Сейсембеков Т.З., Сейдахметова А.А.	58
Изучение атеросклероза и артериальной гипертонии с позиции хронической склеротической болезни Кац Я.А.	59
Мета-анализ сравнение безопасности дапаглифлозина с препаратами группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа Квасников Б.Б., Староверова И.Н.	60
Мета-анализ данных по сахароснижающей эффективности, влиянию на массу тела и артериальное давление при использовании дапаглифлозина или препаратов группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Квасников Б.Б., Староверова И.Н.	60
Мета-анализ сравнение сахароснижающей эффективности дапаглифлозина с препаратами группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа Квасников Б.Б., Староверова И.Н.	61
Клинический случай: лечение желчнокаменной болезни у пациентки с циррозом печени в исходе вирусного гепатита С Кейян В.А., Винницкая Е.В., Сандлер Ю.Г.	61
Актуальность самооценки пациента в первичной профилактике заболеваний, ассоциированных с ожирением Килесса В.В., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В., Кучеренко Т.В.	62
Эффективность эмпаглифлозина в составе комбинированной сахароснижающей терапии при подготовке пациентов с сахарным диабетом к коронарному шунтированию Киселёва М.А., Болгова М.Ю., Левитан Б.Н.	62
Аортокоронарное шунтирование и коморбидность: проблемы и пути решения Клестер Е.Б., Клестер К.В., Балицкая А.С., Елыкомов В.А., Затеев А.В.	63
Сравнительный анализ нарушений ритма у больных хронической обструктивной болезнью легких Клестер Е.Б., Клестер К.В., Никитин В.С., Балацкая А.С., Елыкомов В.А., Затеев А.В.	63
Ремоделирование сердечно-сосудистой системы и психосоматические характеристики при хронической сердечной недостаточности: гендерный аспект Клестер Е.Б., Клестер К.В., Никитин В.С., Балицкая А.С., Елыкомов В.А., Затеев А.В.	64
Опыт применения риоцигуата при неоперабельной хронической тромбоэмболической легочной гипертензии в реальной клинической практике Клименко А.А., Шостак Н.А., Ковайкин А.И., Шеменкова В.С.	64
Клиническая оценка показателей функции внешнего дыхания у пациентов с хронической болезнью почек пятой стадии Князева А.И., Шишкин А.Н.	65
Научно обоснованные подходы к контролю эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии на популяционном уровне Коваленко Д.Б.	66

Роль адипонектина и эндотелиального фактора роста сосудов в развитии остеоартрита в экспериментальной модели артериальной гипертонии и гиперлипидемии Коваленко Т.С., Кабалык М.А., Невзорова В.А.	66
Опыт применения ребамипида в лечении больных с язвенной болезнью и НПВП-ассоциированными поражением желудка Колесова Т.А., Викулова О.В., Калужских И.А., Кулагина И.Г., Астафьева Т.О., Хуртова Н.И., Новикова Е.Н.	67
К оценке лечения ритуксимабом болезни Шегрена Комаров В.Т., Никишин А.В., Носанова М.Н., Никишина А.Ю., Хичина Н.С., Фадеева С.С.	67
Влияние ангиотензина на тяжесть течения ревматоидного артрита Комарова Е.Б., Ребров Б.А., Белкина Г.А.	68
Оценка активности почечных ферментов у пациентов с дислипидемией на фоне бессимптомной дисфункции левого желудочка и возможность ее коррекции путем назначения симvastатина Копылов В.Ю., Сайфутдинов Р.И., Бугрова О.В., Копылова Н.В.	68
Липидный спектр сыворотки крови у молодого коренного (ханты, манси) и пришлого населения Югры Корнеева Е.В., Воевода М.И.	69
Влияние прекращения курения на параметры микроциркуляторного русла у пациентов с артериальной гипертонией Корнеева Н.В.	70
Эффективность комплексной терапии ремаксолом и рибоксином неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с гипотиреозом Коровкина Е.В., Ахмадуллина Г.И.	70
Частота встречаемости нарушений ритма и проводимости сердца среди студенческого контингента Королёва Л.Ю.	71
Опыт работы выездной поликлиники в отдаленных территориях Пермского края Корягина Н.А., Матвеев Д.А., Пономарев С.А., Мелехова О.Б., Наумов С.А.	71
Показатели вариабельности ритма сердца в зависимости от выявления кардиоваскулярной патологии Корягина Н.А., Шадрин А.А., Мелехова О.Б., Петрищева А.В., Туев А.В.	72
Приоритеты выбора врачами стационарного звена препаратов для лечения пациентов с нарушениями ритма сердца Космачева Е.Д., Манукова Т.С., Компаниец О.Г., Кижватова Н.В.	72
Диагностика неалкогольной жировой болезни печени и стеатоза поджелудочной железы у лиц с ожирением Косюра С.Д., Ливанцова Е.Н., Вараева Ю.Р., Поленова Н.В.	72
Оценка функционального статуса пациентов с хронической обструктивной болезнью легких Косяков А.В., Абросимов В.Н.	73
Роль терапевтических осложнений в структуре послеоперационных результатов у пациентов, перенесших онкоурологические операции очень высокого риска Котова Д.П., Шевырев С.Н., Котов С.В., Шостак Н.А., Свет А.В.	73
Особенности локального воспаления при хронической обструктивной болезни легких, сочетанной с сахарным диабетом 2 типа Котова И.С., Победенная Г.П., Кобецкая Л.Д.	74
Индивидуальный генотип пациента – наиболее значимый фактор риска лекарственного поражения печени при терапии сердечно-сосудистых заболеваний Кох Н.В., Воронина Е.Н., Ефремова Т.В., Солдатова Г.С., Лифшиц Г.И.	74
Особенности кардиоваскулярной автономной нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца Коцкая А.В., Кудинов В.И., Терентьев В.П., Ланкина М.С., Корсун Н.А.	75
Распространенность пресаркопении и саркопении, оцененная с применением биоимпедансметрии и определения силы сжатия кисти у пожилых больных с низкоэнергетическими переломами бедра Крутько Д.М., Гайнутдинова Е.М., Мальцева Т.С., Мазуренко С.О.	75
Достижение целевого уровня липидов у пациентов очень высокого кардиоваскулярного риска в реальной клинической практике Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Жукова Н.В.	76
Сравнительная оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у молодежи разного уровня образования Кулёва А.А., Гаврилова Е.С.	76

Гендерные особенности клинического течения и гемодинамики у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST Курупанова А.С., Ларева Н.В.	77
Оценка резистентности к эритропоз-стимулирующим препаратам у диализных пациентов Лалина Е.С., Батюшин М.М., Терентьев В.П., Гасанов М.З.	77
Прогнозирование развития артериальной гипертензии и эндотелиальной дисфункции у женщин в постменопаузе Ларёва Н.В., Говорин А.В.	78
Взаимосвязь маркера эндотелиальной дисфункции Endocan с компонентами метаболического синдрома Ларюшина Е.М., Парахина В.Ф., Тургунова Л.Г., Нильдибаева Ф.У., Алина А.Р.	79
Цирроз печени и беременность: опыт ведения Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Лозинская И.А., Буйненко А.В., Сейсенбекова А.К.	79
Влияние электрофизиологических методов лечения на некоторые функциональные показатели левого желудочка при хронической сердечной недостаточности Лещанкина Н.Ю., Столярова В.В., Еремеева Е.Н.	80
Особенности морфометрических показателей левого желудочка при хронической сердечной недостаточности в сочетании с метаболическим синдромом Лисицина Ю.И.	80
Оценка эффективности антибиотикотерапии у больных с внебольничной пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких Литвин Т.Г.	81
Сравнительная оценка характера и частоты побочных действий антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда при моно- и комбинированной антигипертензивной терапии Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Шалина С.В., Беренштейн П.О.	81
Клинико-диагностические особенности и вопросы оптимизации программ физической реабилитации у больных с посткардиотомным синдромом после кардиохирургических операций на стационарном этапе реабилитации Лохина Т.В., Иванчукова М.Г., Беренштейн Н.В., Зайцева А.В., Казанцева Л.В.	82
Риск развития симптомов поражения мышц, связанных с приемом статинов, у пациентов с компенсированным гипотиреозом Луговая Л.А., Стронгин Л.Г.	83
Качество жизни пациентов, поступивших на санаторно-курортное лечение Лузина Е.В., Богдан Е.Н., Кириченко Н.Г., Ларева Н.В., Иванова Н.Д., Фахретдинов А.О.	83
Анализ кардиоваскулярной коморбидности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких Лукьянова М.В., Мұрадян М.М., Павленко К.И., Тарасеева Г.Н.	84
Актуальность диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных с острым коронарным синдромом Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Килесса В.В., Турна Э.Ю.	85
Сывороточное содержание растворимых форм маркеров активации иммунных клеток у больных бронхиальной астмой смешанного генеза в сочетании с сахарным диабетом 2 типа Любавина Н.А., Макарова Е.В., Варварина Г.Н., Меньков Н.В., Тюрикова Л.В., Сальцев С.Г., Новиков В.В.	85
Оценка влияния длительности лактации в анамнезе на течение гипертонической болезни у женщин Мадоян М.А.	86
Применение эссенциальных фосфолипидов в лечении неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с сопутствующими кардиометаболическими нарушениями: результаты наблюдательного исследования MANPOWER Маев И.В., Цуканов В.В., Пальгова Л.К., Павлов Ч.С., Широкова Е.Н.	86
Некоторые аспекты лечения остеоартроза у больных пожилого возраста в условиях поликлиники Майко О.Ю.	87
Реализация гипотензивного эффекта при использовании фиксированных комбинаций: эпросартан+гидрохлоротиазид и периндоприл+индапамид. Маль Г.С., Арефина М.В.	87
Ассоциация полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы при хронической сердечной недостаточности у жителей Республики Дагестан Маммаев С.Н., Омарова Д.А., Касаева Э.А.	88

Аргинин в комплексной терапии патогенетического лечения острых и хронических заболеваний печени Манукян Л.А., Авдалбекян Р.А.	88
Влияние локализации и площади поражения лёгких у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией на развитие и выраженность острого экссудативного перикардита Мартынова Т.В., Шахнис Е.Р., Волосатова В.К.	89
Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда: данные амбулаторного-поликлинического регистра «ПРОФИЛЬ-ИМ» Марцевич С.Ю., Сичинава Д.П., Калайджян Е.П., Кутишенко Н.П.	89
Коагуляционный гемостаз у больных системной красной волчанкой при проведении пульс-терапии Масина И.В., Шилкина Н.П., Виноградов А.А., Замышляев А.В.	90
О длительности применения колофорта при синдроме раздраженного кишечника Матвеева И.В., Матвеев В.А.	91
Сывороточный уровень фактора роста фибробластов-23 и гипертрофия левого желудочка у больных подагрой с наличием хронической болезни почек Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н., Мишко М.Ю.	91
Особенности липидного спектра, функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и их лечение в условиях стационара Медведева Т.В., Чижов П.А., Пегашова М.А.	91
Факторы сердечно-сосудистого риска во взаимосвязи с показателями сосудистой ригидности при проведении суточного мониторирования артериального давления в стратификации сердечно-сосудистого риска Медведев И.В., Григоричева Е.А.	92
Изменение индивидуального восприятия времени человеком при обострении хронической сердечной и цереброваскулярной недостаточности на фоне лечения Михайлис А.А.	92
Изучение особенностей течения и распространенности внебольничной пневмонии в зависимости от условий труда Михайлова О.Д., Бибанаев П.А., Григус Я.И.	93
Почечная дисфункция и артериальная жесткость у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В.	94
Динамика показателей интерферонового статуса у больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне пневмокозиозов в сочетании с вегето-сенсорной полинейропатией в периоде медицинской реабилитации Мякоткина Г.В., Соцкая Я.А.	94
Применение гликозамингликан-пептидных комплексов у коморбидных пациентов с обострением хронической боли при остеоартрите коленных суставов Наумов А.В., Ховасова Н.О.	95
Возможности интермиттирующей схемы парентерального введения хондроитин сульфата и глюкозамина сульфата при рецидиве хронической боли в суставах у коморбидных пациентов с остеоартритом Наумов А.В., Ховасова Н.О.	95
Коморбидная патология у больных с острым коронарным синдромом в гендерном аспекте Наумова О.А., Эфрос Л.А.	96
Коморбидность и 12-месячная выживаемость кардиоваскулярных больных по данным амбулаторно-поликлинического регистра города Рязани Низов А.А., Сучкова Е.И., Климова Т.А., Леонова М.В., Головачева Н.И.	96
Новые технологии реабилитации больных ишемической болезнью сердца после острого коронарного синдрома и эндоваскулярных вмешательств Никифорова Т.И., Князева Т.А.	97
Проблема приверженности к лечению больных с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта Новикова И.А., Попов В.В.	98
Табакокурение и хронические обструктивные заболевания легких Нониашвили М.О.	98
Особенности параметров жесткости артерий у пациентов с различными факторами сердечно-сосудистого риска Носов А.Е., Байдина А.С., Ивашова Ю.А., Власова Е.М., Устинова О.Ю.	99

Взаимосвязь реологии крови и процессов пероксидации у больных с ранними проявлениями атеросклеротического процесса Ойроткинова О.Ш., Баранов А.П., Крюков Е.В., Дедов Е.И., Шкловский Б.Л., Цукаева М.Р.	99
Роль метаболической и лазерной терапии в клинической практике у пациентов с заболеванием периферических артерий Ойроткинова О.Ш., Баранов А.П., Крюков Е.В., Дедов Е.И., Шкловский Б.Л., Цукаева М.Р., Корниенко Е.А.	100
Значение фактора роста эндотелия сосудов у пациентов с иксодовыми клещевыми боррелиозами Окишев М.А., Хлынова О.В., Воробьева Н.Н., Булатова И.А., Сумливая О.Н.	100
Влияние избыточной массы тела на метаболизм костной ткани и течение остеоартроза Олейник М.А., Журавлева Л.В.	101
Ранние предикторы атеросклероза при ревматоидном артрите Осипова И.В., Стародубова Ю.Н.	101
Влияние комплексной терапии с включением физических тренировок по методике свободного выбора на ригидность артериальной стенки у пациентов с кардиопульмональной патологией Павленко В.И., Нарышкина С.В.	102
Диагностическая значимость общего анализа крови и общего анализа мочи в общеврачебной практике Павлова В.Ю., Анешина И.И., Бойко Е.А., Затева Т.Н.	102
Роль пациента в эффективности лечения бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких Павлова В.Ю., Фомина Н.В.	103
Частота патологии внутренних органов у шахтеров с профессиональными заболеваниями легких Панев Н.И., Филимонов С.Н., Коротенко О.Ю., Панев Р.Н., Евсеева Н.А., Панева Н.Я.	104
Влияние хеликобактерной инфекции на течение аллергических заболеваний Панина А.А.	104
Адипонектин как показатель тяжести ревматического процесса. Парамонова О.В., Коренская Е.Г.	105
Особенности морфо-функциональных параметров левых отделов сердца у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне коморбидной патологии Пашенко Е.В., Чесникова А.И., Кудинов В.И., Доманова Н.Н.	105
Хроническая болезнь почек: частота встречаемости и фармакоэпидемиология Пегашова М.А., Чижов П.А., Медведева Т.В.	106
Ожирение и артериальное давление: патогенетические аспекты, достижения, новые показатели Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Вережкин Е.Г., Никитин Ю.П., Staessen J.A.	106
Старые и новые суррогатные точки вторичной кардиопротекции у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями через 2 года после обучения в школе здоровья Петрищева А.В.	107
Динамика качества жизни у пациентов с ревматической болезнью сердца Петров В.С., Кузьмин Д.А., Лопухов С.В., Исаева Е.В., Петров С.А.	108
Фармакоэкономическая оценка проведения образовательных программ для пациентов с бронхиальной астмой Победенная Г.П., Ярцева С.В., Скиба Т.А.	108
Роль прераратов L-орнитина-L-аспартата в терапии печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени Полухина А.В., Винницкая Е.В., Хайменова Т.Ю., Сандлер Ю.Г.	109
Прогнозирование стенокардических поражений коронарных артерий у больных с синдромом стенокардии Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Захарова Е.Г., Ляпкина Н.Б., Макеева Т.Г., Гайдуков А.В., Гурина А.М.	109
Показатели иммунного воспаления, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, липиды крови у пациентов с ишемической болезнью сердца и персистирующей формой фибрилляции предсердий в зависимости от структурных изменений левого предсердия Пристром М.С., Штонда М.В., Семенов И.И., Олихфер Ю.А., Чечко Р.Ю., Сосновский С.В.	110
Критерии тактики лечения пациентов с тромбозом легочной артерии Пронин А.Г., Тюрин В.П.	110

Особенности полиморбидного профиля у больных саркоидозом легких Путинцев Ю.В., Попова Е.Н., Панченкова Л.А.	111
Изучение сравнительной эффективности лозартана и лизиноприла на уровень нейрогуморальных показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью Расулова З.Д., Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Хакимова Р.А.	111
Изучение влияния лизиноприла и лозартана на диастолическую функцию левого желудочка больных с хронической сердечной недостаточностью Расулова З.Д., Камилова У.К., Хакимова Р.А., Нуритдингов Н.Н., Тошев Б.Б.	112
Оценка липидного профиля и антиаритмической эффективности тирозола, биспоролола и соталола у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий при субклиническом тиреотоксикозе Рахматуллоев Р.Ф.	112
Особенности хронической сердечной недостаточности у больных с сахарным диабетом Резник Е.В., Лазарев В.А., Никитин И.Г.	113
Вариабельность интервала QT у женщин 18-40 лет по данным полного протокола дисперсионного картирования Ризаев А.М., Носенко Н.С., Кибизова И.Г.	113
Роль фактора некроза опухоли-альфа в оценке воспаления при алкогольном циррозе печени Родина А.С., Дуданова О.П., Шубина М.Э., Курбатова И.В.	114
Первый опыт применения в Республике Беларусь технологии 2D speckle-tracking эхокардиографии для оценки сократимости грудного отдела аорты Рудой А.С., Бова А.А., Валуженич Я.И., Шкрбенева Э.И., Островский Ю.П., Спиридонов С.В., Курлянская Е.К., Сидоренко И.В., Жигалкович А.С.	114
Многоцелевая монотерапия синдрома раздраженного кишечника у больных сахарным диабетом 2 типа Рунова А.А., Жулина Н.И., Калининкова Л.А.	115
Изменения суточного индекса артериального давления у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени Савельева Т.В., Вахрушев Д.С.	115
Взаимосвязь уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида и тяжести сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией и дисфункцией щитовидной железы Савчук Н.О., Савчук О.М., Гагарина А.А., Ушаков А.В., Гордиенко А.И., Химич Н.В.	116
Влияние хронического гнойного воспаления лёгких на морфологические изменения диафрагмы (экспериментальное исследование) Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Залялова З.С., Абдуллаев А.Х.	116
Влияние различных доз atorvastatina на функцию почек у больных с перенесенным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST Салаямова Л.И., Квасова О.Г., Томашевская Ю.А., Олейников В.Э.	117
Аспекты профилактики остеопороза при синдроме гипермобильности суставов Санеева Г.А.	117
Сосудистая ригидность у женщин репродуктивного возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани Сапунова Д.А., Майчук Е.Ю., Пак Л.С., Иванова О.С.	118
Роль растворимых молекул адгезии в предикции результатов биологической терапии ревматоидного артрита Саритхала В.Д., Корой П.В., Ягода А.В.	119
Анализ структуры и частоты осложнений в разных группах антикоагулянтов и гемостатических препаратов у пациентов после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей Сафроненко А.В., Головкин Л.С.	120
Применение функциональных нагрузочных проб у инвалидов пожилого возраста для оценки показателей сердечно-сосудистой системы на этапах протезирования Свиридова Е.О., Кантемирова Р.К., Фидарова З.Д., Бурнос А.А., Зальнова И.А.	120
Влияния легочной физической реабилитации на состояние мышечной части диафрагмы у больных хронической обструктивной болезнью легких Семашко О.П., Кляшева Ю.М., Кляшев С.М., Лукашенко Н.В.	121
Нейропатия при ревматологических заболеваниях Сёмченкова М.Ю., Кошечева А.А., Крупинина В.П., Михалик Д.С., Кречикова Д.Г.	121

Клинические исследования гипополипидемического средства на основе пажитника сенного. современная оценка и перспективы применения Сидельникова Г.Ф., Карабаева В.В., Крепкова Л.В., Бортникова В.В., Ферубко Е.В.	122
Изоферментный спектр и активность сывороточной лактатдегидрогеназы у больных с хроническим токсическим поражением печени, с анемией хронического заболевания на фоне перенесенного туберкулеза легких Сидорова Н.С., Соцкая Я.А., Кузовлева И.А.	122
Факторы риска хронической болезни почек у лиц старческого возраста и долгожителей с артериальной гипертензией Сизов В.В., Чорбинская С.А., Алексеева Л.А., Дорофеева Е.В.	123
Оценка и пути коррекции функции эндотелия у подростков с артериальной гипертензией на этапе санаторно-курортного лечения Сизова О.А., Каладзе Н.Н., Янина Т.Ю., Ревенко Н.А.	123
Клинико-функциональные особенности сердечного ритма у спортсменов-баскетболисток марфаноидного фенотипа: результаты проспективного исследования Смеатнин М.Ю., Чернышова Т.Е., Кононова Н.Ю., Пименов Л.Т.	124
Эндотелиальная дисфункция и метаболическая активность жировой ткани при осложненном ожирении Смирнова Е.Н., Лоран Е.А.	124
Уровень железа и растворимые рецепторы трансферрина у пациентов с хронической сердечной недостаточностью Смирнова М.П., Чижов П.А., Баранов А.А.	124
Фармакоэкономическая эффективность применения антикоагулянтов у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий Смоленская О.Г., Силакова В.Н., Измоденов П.А., Люберцева А.А.	125
Динамическое наблюдение за больными с аллотрансплантированной почкой в Амурской области Смородина Е.И., Путинцев Д.В., Приходько О.Б., Новикова Е.А., Тубольцева Н.В.	125
Эмоциональный и когнитивный статус: какова взаимосвязь? Соколова Л.П.	126
Особенности личности пациентов и эффективность антигипертензивной терапии Соколовская Е.А.	127
Новый подход в антитромбоцитарной терапии при лечении тромбозмболии ветвей легочной артерии Соловьев О.П.	127
Влияние различных комбинаций антигипертензивных препаратов на жесткость магистральных артерий у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа. Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.	128
Оценка дисфункции висцерального жира у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени Стаценко М.Е., Туркина С.В., Косивцова М.А.	128
Особенности состояния магистральных артерий и функциональных параметров почек у больных с хронической сердечной недостаточностью и ожирение Стаценко М.Е., Фабрицкая С.В., Рындина Ю.А.	129
Влияние терапии избыточной массы тела на течение остеоартрита коленных суставов Стребкова Е.А., Алексеева Л.И.	129
Показатели про- и антиоксидантной систем при остром коронарном синдроме у мужчин Стрельникова М.В., Синеглазова А.В., Вялова Т.А., Сумеркина В.А.	130
Артериальная гипертензия как фактор риска осложненного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов – анализ регистра беременных Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Баркова Е.Л., Иванова Е.Ю., Гомова Т.А.	130
Влияние цитиколина на изменения концентрации нейроспецифических белков NSE и S100b в сыворотке крови при моделировании ишемии головного мозга у крыс Суфианова Г.З., Суфианов А.А., Шапкин А.Г., Хлёткина М.С.	131
Неврологическая оценка нейропротекторной активности цитиколина при моделировании ишемии головного мозга у крыс Суфианова Г.З., Суфианов А.А., Шапкин А.Г., Хлёткина М.С.	131

Композиционный состав тела у долгожителей с ишемической болезнью сердца Тополянская С.В., Осиповская И.А., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Балясникова Н.А., Калинин Г.А., Дворецкий Л.И.	131
Функциональные параметры сердечно-сосудистой системы у больных с ремитирующим течением рассеянного склероза Трактирская О.А., Адашева Т.В., Попова Е.В., Бойко А.Н., Шахрай Н.Б.	132
Особенности пищевого поведения и табачной зависимости при депрессивном расстройстве у лиц с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С.	133
К вопросу о состоянии восходящего отдела аорты у мужчин пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от выраженности вторичной легочной гипертензии Третьяков С.В., Попова А.А., Гребенкина И.А., Егорова Л.С.	133
Качество жизни у больных язвенным колитом Третьякова Ю.И.	134
Распространенность и распределение факторов риска у лиц с низким кардиоваскулярным риском по шкале SCORE Тургунова Л.Г., Ларюшина Е.М., Ибраева Л.К., Бачева И.В., Бутюгина М.Н., Байдильдина Б.Н., Щербатаев Ш.К., Бугибаева А.Б.	134
Динамика клинико-гематологических параметров при переводе пациентов с блокаторов РААС на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина Турна Э.Ю., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Жукова Н.В.	135
Применение гиалуроната натрия в комбинации с хондроитина сульфатом для внутрисуставного введения в терапии первичного и посттравматического остеоартроза коленных суставов Удовика М.И.	135
Морфологические особенности и динамика изменений матричной металлопротеиназы-9 в стенке внутренних сонных артерий под влиянием магния оротата Улубиева Е.А., Боровая Т.Г., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Медоева А.А.	136
Гендерные особенности обеспеченности витамином D пациентов пожилого возраста с избыточным весом, проживающих в Рязани и Рязанской области Филатова Т.Е., Давыдов В.В., Филиппов Е.В., Колдынская Э.И., Асфандиярова Н.С.	137
О необходимости повышения уровня теоретических знаний и практических навыков при проведении спирометрии у профильных специалистов в реальной клинической практике Филиппов В.Ю., Шарова Н.В., Захарова А.И., Кудрина О.М., Турдалиева С.А., Шуленин К.С., Макиев Р.Г.	137
Особенности ремоделирования магистральных бассейнов брахиоцефальных и периферических артерий нижних конечностей у больных мультифокальным атеросклерозом Хасанов А.Х., Давлетшин Р.А.	138
Особенности показателей качества жизни у пациентов с клинической полиморбидностью: бронхиальная астма и неалкогольная жировая болезнь печени Хлынова О.В., Быкова Г.А., Туев А.В.	138
Особенности инфаркта миокарда на стационарном этапе лечения Хоролец Е.В., Шлык С.В.	139
Характеристика пациентов острым инфарктом миокарда со сниженной фракцией выброса Хоролец Е.В., Шлык С.В.	139
Оценка качества жизни пациентов с подагрическим артритом Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.	140
Состояние сердечно-сосудистой системы у больных с анкилозирующим спондилитом Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.	140
Актуальные аспекты комплементарной терапии системы гемостаза и фибринолиза в кардиологии Цымбал А.А.	141
Риск инфаркта миокарда при некардиологических операциях Чомахидзе П.Ш., Полтавская М.Г., Сыркин А.Л.	141

Результаты влияния комбинированной терапии на показатели вариабельности ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью и диабетической кардиальной нейропатией Шалаева С.С.	142
Сравнительный анализ микроциркуляторных нарушений у пациентов с сочетанной и изолированной легочно-сосудистой патологией Шалдыбина Ю.Э., Зарубина Е.Г.	142
ТЭС-терапия, как немедикаментозный метод коррекции сосудистых нарушений при легочно-сердечной патологии. Шалдыбина Ю.Э., Зарубина Е.Г.	143
Лабораторные показатели системной воспалительной реакции у мужчин молодого возраста с внебольничной пневмонией, осложнённой острым экссудативным перикардитом Шахнис Е.Р., Мартынова Т.В.	143
Характер пищевого поведения у женщин в зависимости от образа жизни Шевелева О.Е., Волкова С.Ю., Вальц И.А., Абукеримова А.К.	144
Гематологические синдромы при аутоиммунных ревматических заболеваниях Шилкина Н.П., Дряженкова И.В., Юнонин И.Е., Масина И.В.	144
Клинико-морфологическая диагностика системных васкулитов Шилкина Н.П., Панченко К.И.	145
Теле-ЭКГ в работе ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи города Старого Оскола» Шихова Ю.А.	145
Полиморфизм C807T гена ITGA2 у пациентов с артериальной гипертензией как индикатор тромбоцитарной дисфункции Шишкина Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В., Обухова О.В., Сахена В., Наумов С.А., Спасенков Г.Н., Кривцов А.В.	146
Клинико-электрокардиографические особенности проявлений синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта у мужчин призывного возраста с диспластическим фенотипом Шуленин К.С., Воронин С.В., Черкашин Д.В., Ефимов С.В., Гончарук Р.Н.	147
Влияние табакокурения на ремоделирование костной ткани у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И.	147
Использование мембранного плазмафереза в лечении пациентов с острым суставным синдромом в стационаре скорой помощи Щемелева Е.В., Повзун А.С., Громов М.И.	148
Пациент с жалобой на снижение памяти в практике врача-терапевта Эмануэль Ю.В., Артемова А.В.	148
Клинико-патогенетические проявления эндотоксикоза у больных с синдромом тиреоидной дисфункции Эсаулова Т.А., Алимсултанова Л.Р.	149
Сахарный диабет и дефицит витамина D Эсаулова Т.А., Хачукаева Р.А., Исаева У.С.	149
Распространенность синдрома Жильбера по Республике Дагестан с 2010 по август 2018 года Эседов Э.М., Абасова А.С., Мусаева Л.Н.	149
Сравнительный анализ показателей центральной и церебральной гемодинамики у больных системной склеродермией Юнонин И.Е., Шилкина Н.П., Бутусова С.В., Виноградов А.А.	150
Врожденная дисплазия соединительной ткани: роль митральной регургитации и матричных металлопротеиназ в формировании и прогрессировании кардиального ремоделирования Ягода А.В., Гладких Н.Н., Джазаева М.Б.	150
Состояние процессов липопероксидации и активность ферментов антиоксидантной защиты у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита Якимович С.Е., Соцкая Я.А.	151
Внеаксиальные проявления анкилозирующего спондилита в зависимости от его активности Якубова У.А., Бугрова О.В., Артемова Н.Э.	151

Тезисы научного общества гастроэнтерологов России

Провоспалительные цитокины при неалкогольном стеатозе печени Дуданова О.П., Шиповская А.А., Курбатова И.В.	153
Клинические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с избыточной массой тела Ксенева С.И., Бородулина Е.В., Удут В.В.	153
Опыт применения иммунохимического теста кала на скрытую кровь в локальной группе с повышенным риском развития колоректального рака Мельникова Е.В., Реутова Ю.В., Крюкова Т.В., Завьялов Д.В.	154
Коагуляционно-литический синдром в модификации слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом Миллер Д.А.	154
Новые подходы к коррекции моторно-эвакуаторных расстройств желудочно-кишечного тракта у больных целиакией Орешко Л.С., Семенова Е.А.	155
К вопросу о персонифицированной медицине и стратегии активного долголетия Пальцев А.И.	155
Эффективность послеоперационной противорецидивной терапии при болезни Крона Полетова А.В., Халиф И.Л., Вардьян А.В.	156
Апоптоз гепатоцитов при алкогольном циррозе печени Родина А.С., Дуданова О.П., Шубина М.Э., Курбатова И.В.	156
Коморбидное течение язвенной болезни и остеопороза в аспекте кальциево-фосфорного баланса Фомина Л.А., Фомина М.П.	157

Конкурс молодых терапевтов

Индивидуализация прогноза у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий по результатам трехлетнего наблюдения Агибова Н.Е., Боева О.И.	158
Ранние нарушения углеводного обмена как проблема современной медицинской практики Азисова Э.М., Рябушева С.А.	158
Оценка толстокишечной проницаемости у пациентов с аутоиммунным гепатитом в зависимости от клинических проявлений заболевания Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х.	159
Виды анемий и их распространенность в отделениях терапевтического стационара Акимова А.В., Качанова О.Н., Ржаникова Д.Д., Невская А.В.	159
Влияние комбинированной терапии на сосудистую реактивность у больных сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса Ахильгова З.М., Куркина М.В., Автандилов А.Г.	160
Анализ распространенности и выраженности психологических характеристик комплаентности у пациентов, перенесших трансплантацию печени Бабич А.Э.	161
Усовершенствование тактики ведения больных ревматоидным артритом с использованием интернет-портала Багирова Г.Г., Лыгина Е.В., Якушин С.С., Козьминская М.И.	161
Изучение показателей митохондриальной дисфункции у больных с хронической обструктивной болезнью легких Бельских Э.С., Урясьев О.М., Звягина В.И., Фалетрова С.В.	161
Оценить вклад дефицита селена, цинка, меди в формировании хронической сердечной недостаточности при болезни Грейвса Виниченко Д.С., Квиткова Л.В.	162
Клинический случай применения 2-х генно-инженерных биологических препаратов: ингибитора CD 20-клеток – ритуксимаба и ингибитора интерлейкина 6 - тоцилизумаба в лечении пациента с гранулематозом Вегенера Волков К.Ю., Буряк И.С., Топорков М.М., Цыган Е.Н., Блохин М.П.	163
Особенности клинического течения и уровни циркулирующей микроРНК-21 у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией в разных возрастных группах Давыдова В.Г., Полякова А.А., Бежанишвили Т.Г., Стрельцова А.А., Пыко С.А., Крутиков А.Н., Семернин Е.Н., Зарайский М.И., Гудкова А.Я.	163
Внедрение рационального питания в терапевтическую практику как способ коррекции метаболических нарушений при ожирении Елиашевич С.О., Драпкина О.М., Шойбонов Б.Б.	164
Прогнозирование развития фибрилляции предсердий у больных с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда Аксенов А.И., Полунина О.С.	165
Оценка безопасности и эффективности фармакотерапии статинами у пациентов высокого и крайне высокого сердечно-сосудистого риска в условиях амбулаторной клинической практики Бахтин В.М.	165
Пилотная оценка информированности врачей первичного звена здравоохранения об артериите Такаясу Бородина И.Э., Попов А.А., Шардина Л.А.	166
Ятрогения, как результат необоснованного назначения глюкокортикоидов Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Дегтярева Ю.С.	166
Роль мозгового нейротрофического фактора (BDNF) в диагностике когнитивной дисфункции у больных с сахарным диабетом 2 типа Гацких И.В., Петрова М.М., Пашкова И.Н., Шалда Т.П.	167
Структура заболеваемости медицинских работников в многопрофильной городской больнице за 3-летний период Глибко К.В., Ларина В.Н.	168
Пневмоцистная пневмония как СПИД-индикаторное оппортунистическое заболевание у пациента с ложноотрицательным результатом ИФА на ВИЧ-инфекцию Ершов Н.С., Борисовская С.В., Лепков С.В., Никитин И.Г., Резник Е.В.	168

Ассоциации полиморфных маркеров генов $\beta 1$ -и $\beta 2$ -адренорецепторов с изменениями сердечно-сосудистой системы у лиц экстремальных профессий Ефимов С.В., Черкашин Д.В.	169
Особенности variability артериального давления у больных хронической болезнью почек 5 стадии. Метаболические параллели Иевлев Е.Н., Казакова И.А.	169
Оценка эффективности и безопасности фармакотерапии антикоагулянтами при фибрилляции предсердий в условиях амбулаторной клинической практики в Свердловской области Капралов А.И.	170
Выявление онкологических заболеваний на ранней стадии в условиях амбулаторно-поликлинического звена в городе Екатеринбурге Капралов А.И., Николаенко О.В.	171
Проблема коморбидности и скорость прогрессирования сахарного диабета Кирмасова О.А., Уалиханова А.У., Пильчук П.С., Курникова И.А.	171
Изменение функциональной активности макрофагов в зависимости от уровня Ph рефлюктата при различных клинических вариантах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни Кладовикова О.В., Лямина С.В., Маев И.В., Малышев И.Ю.	172
Особенности психоэмоционального и функционального состояния больных в зависимости от исхода острого коронарного синдрома Коробова В.Н., Михин В.П.	173
Взаимосвязь параметров функционального состояния больных нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда с показателями эхокардиографии и их динамикой на фоне реабилитации Коробова В.Н., Михин В.П.	173
Показатели нутритивного статуса как факторы риска летального исхода у больных на гемодиализе Королева И.Е., Абрамова Е.Э., Тов Н.Л., Мовчан Е.А.	174
Определение клинической значимости микроциркуляторных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и неалкогольной жировой болезнью печени Косицова М.А.	174
Проблема ожирения в России, клиничко-экономическая оценка ожирения и ассоциированных с ним заболеваний Крысанова В.С., Журавлева М.В., Ермолаева Т.Н., Давыдовская М.В., Кокушкин К.А.	175
Выявление факторов, влияющих на развитие вегето-сосудистой дистонии у лиц молодого возраста Литвиненко А.А., Никулин А.И., Хромкова М.А., Лобанова Т.Н., Ойроткинова О.Ш., Лексина Н.Ю.	176
Содержание сывороточных цитокинов при циррозах печени Лоле О.Ю., Куликов В.Е., Николаева К.В., Казакова О.Г.	176
Больные с ранним развитием сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярной коморбидностью в амбулаторной и госпитальной практике: данные регистров РЕКВАЗА и РЕКВАЗА-КЛИНИКА Маковеева А.Н., Лукьянов М.М., Андреев Е.Ю., Явелов И.С., Марцевич С.Ю., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Загребельный А.В., Переверзева К.Г., Кляшторный В.Г., Кудряшов Е.В., Драпкина О.М., Бойцов С.А.	177
Лабораторный контроль цитолиза гепатоцитов при комбинированной терапии тоцилизумабом и статинами у пациентов с высокоактивным ревматоидным артритом в течение 6 месяцев Мартынова А.В., Попкова Т.В., Герасимова Е.В.	177
Амбулаторный регистр пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда «ПРОФИЛЬ-ИМ»: оценка качества терапии на различных этапах поликлинического наблюдения Марцевич С.Ю., Калайджян Е.П., Сичинава Д.П., Кутищенко Н.П.	178
Результаты отдаленного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда: данные амбулаторного-поликлинического регистра «ПРОФИЛЬ-ИМ» Марцевич С.Ю., Сичинава Д.П., Калайджян Е.П., Кутищенко Н.П.	178
Острые кардиальные осложнения внесердечных хирургических вмешательств у больных онкологического профиля Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н., Казарян Л.С., Михайлова М.А.	179

Факторы риска гипергликемии у больных обструктивными заболеваниями легких в реальной клинической практике Милютина М.Ю., Пластинина С.С., Макарова Е.В.	179
Полиморфизм гена ABCG2 у больных подагрой в Забайкальском крае Мишко М.Ю., Кушнарченко Н.Н., Медведева Т.А.	180
Рейтинг причин смерти пациентов многопрофильного стационара в зависимости от пола и возраста Мороз В.И.	181
Вегетативная недостаточность с гипотоническими кризами, гипотоническими сипопами Моряков С.Ю.	181
Роль суррогатных маркеров для диагностики и динамического наблюдения атрофического гастрита Мухаметова Д.Д., Нигматзянова Л.Ф., Файзрахманова Э.Р., Абдулганиева Д.И.	182
Анализ регистрации непредвиденных неблагоприятных побочных реакций в Чувашской Республике за период 2008-2017 гг. Петрейкина И.Е., Семенова В.А.	182
Функциональное состояние печени и билиарного тракта у больных хроническим некалькулезным холециститом в разные возрастные периоды Печерских М.В., Ефремова Л.И.	183
Особенности ремоделирования сердца у больных серонегативными спондилоартритами Плинокосова Л.А., Ушакова Т.Н.	183
Особенности состояния артериальной стенки у больных хроническим гломерулонефритом Полякова И.В., Боровкова Н.Ю., Маслова Т.И., Линева Н.Ю.	184
Композиционный состав тела и факторы кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом Полтырева Е.С., Мясоедова С.Е., Рубцова О.А., Пануева Н.Н.	184
Оценка особенностей антикоагулянтной терапии, ее влияние на летальность у пациентов с фибрилляцией предсердий в городской и сельской местности на региональном уровне Польшакова И.Л., Поветкин С.В.	185
Длительный и сложный путь диагностического поиска у молодого пациента с интерстициальным поражением легких на фоне системного заболевания Попова Н.В.	186
Оценка результатов дуплексного сканирования у больных ишемической болезнью сердца с сочетанием Н. руlogi- ассоциированной гастродуоденальной патологии Приходько М.Н., Приходько Л.О., Иконников С.В., Симонова Ж.Г.	186
Особенности фактического состояния липидного обмена у пациентов, нуждающихся во вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний Рожков Д.Е., Никитин А.Э., Дедов Е.И., Аверин Е.Е.	187
Особенности фактического состояния липидного обмена у пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний Рожков Д.Е., Никитин А.Э., Дедов Е.И., Аверин Е.Е.	188
Особенности коллагеногенеза в соединительнотканном матриксе миокарда у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией Савич В.В.	188
Определение интрапериоидного йода в диагностике заболеваний щитовидной железы Саргар Р.В., Курникова И.А., Томашевский И.О.	189
Инфаркт миокарда у женщин с сохраненным менструальным циклом Селиверстова Д.В.	189
Особенности клинической картины острого инфаркта миокарда, ассоциированного с кардиоренальным синдромом, в зависимости от полиморфизма гена NOS3 и выраженности системной воспалительной реакции Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Скородумова Е.Г., Рысев А.В., Повзун А.С.	190
Психологический статус пациентов с бронхообструктивными заболеваниями Сивохина О.А., Макарова Е.В., Леванов В.М.	191

Эйкозаноиды как маркеры системного воспаления при хронической обструктивной болезни легких, сочетанной с остеоартрозом Скиба Т.А.	191
Можно ли считать нарушение сна, расстройство пищевого поведения и принадлежность к определенному хронотипу предпосылками развития ожирения? Сотникова Ю.М., Квиткова Л.В., Смакотина С.А.	192
Значимость генетических и эпигенетических маркеров генов ADAMTSS, GDF5, VDR в развитии остеоартроза у пациентов с гипермобильностью суставов Тюрин А.В., Шаповалова Д.А., Лукманова Л.З.	192
Системный амилоидоз, развившийся у больной с диагностированным хроническим гломерулонефритом Ушакова Н.А., Борисовская С.В., Степанова Е.А., Паджева Т.М., Никитин И.Г., Резник Е.В.	193
Что влияет на когнитивные функции у больных ревматоидным артритом? Федосеев В.Ф., Грунина Е.А.	194
Уровень Secreted Frizzled Related Protein-4 (SFRP4) в сыворотке крови как новый метод дифференциальной диагностики неалкогольной и алкогольной жировых болезней печени Цыганова Ю.В., Тарасова Л.В.	194
Особенности когнитивных функций у женщин с артериальной гипертонией Шадрин А.А., Корягина Н.А.	195
Структура медикаментозной терапии амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от категории риска Шамбатов М.А.	195
Кардиалгия у больной с aberrантной правой подключичной артерией (артерия Lusoria) Шебзухова М.М., Туршева М.Э., Федотова Н.М., Кежеж Ю.В., Никитин И.Г., Резник Е.В.	196
Перекрестный синдром при системной красной волчанке (клиническое наблюдение) Шестеркина Ю.В., Волошинова Е.В.	196
Полиморфизм C807T гена ITGA2 у пациентов с артериальной гипертензией как индикатор тромбоцитарной дисфункции Шишкина Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В., Обухова О.В., Сахена В., Наумов С.А., Спасенков Г.Н., Кривцов А.В.	197
Улучшение качества жизни женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией Эдилова Р.М., Сейдахметова А.А.	197

**Сборник тезисов
XIII Национального конгресса терапевтов**

Дизайн-макет:
ООО «Бионика-Медиа»

Верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 6.11.2018. Подписано в печать 10.11.2018. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева 30/1, стр. 2, тел.: +7 (495) 419-08-68

Конкор®

Бисопролол 2,5 - 5 - 10 мг



Конкор® AM

Бисопролол + Амлодипин



Merck



Конкор®

уменьшает тонус симпатической НС: снижает АД и ЧСС¹:

Оригинальный бисопролол¹

Эффективнее дженериков в снижении ЧСС⁵

272 руб в месяц (5 мг №50)⁴



Конкор® AM

тройной механизм действия²:

↓ тонуса симпатической НС

↑ периферической вазодилатации

↓ синтеза ренина (воздействие на РААС)

Гибкая линейка² дозировок Конкор® AM

Фиксированная комбинация² оригинального бисопролола и амлодипина

РАЗМЕЩЕНИЕ НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

¹Симпатическая НС – симпатическая нервная система
²Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® П N012963/01; 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® AM ЛП-001137; 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Конкор® КОР П N013955/01; 4. IMS, retail, 2017; 5. Тарловская Е.И., Чудиновских Т.И. Терапевтическая эффективность и безопасность оригинального и генерического бисопролола у пациентов с ишемической болезнью сердца. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015;14(6):29-35

Конкор® (бисопролол). Регистрационное удостоверение: П N012963/01. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: beta1-адреноблокатор селективный. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА И ДОЗИРОВКА: таблетки покрытые пленочной оболочкой, 5 мг и 10 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия; хроническая сердечная недостаточность. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к бисопрололу или к любому из вспомогательных веществ (см. раздел «Состав»), острая сердечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, требующая проведения инотропной терапии, кардиогенный шок, атериевтрикулярная (АВ) блокада II и III степени, без электрокардиостимулятора, синдром слабости синусового узла, синусовая брадикардия (ЧСС менее 60 уд./мин), выраженная артериальная гипотензия (систолическое АД менее 100 мм рт.ст.), тяжелые формы бронхиальной астмы, выраженные нарушения периферического артериального кровообращения или синдром Рейно, феохромоцитоза (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов), метаболический ацидоз, возраст до 18 лет (недостаточно данных по эффективности и безопасности у данной возрастной группы). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** один раз в сутки с небольшим количеством жидкости, утром до завтрака, во время или после еды. Не разжевывать, не растирать в порошок. Артериальная гипертензия и стабильная стенокардия. Режим приема и дозу подбирает врач каждому пациенту индивидуально. Обычно начальная доза составляет 5 мг 1 раз в день. В зависимости от индивидуальной переносимости дозу следует постепенно повышать до 2,5 мг, 3,75 мг, 5 мг, 7,5 мг и 10 мг 1 раз в день. Максимально рекомендуемая доза при лечении ХСН составляет 10 мг препарата Конкор® 1 раз в день. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ³:** Со стороны сердечно-сосудистой системы – очень часто: брадикардия (у пациентов с ХСН). Со стороны пищеварительной системы – часто: тошнота, рвота, диарея, запор. Со стороны пищеварительной системы – часто: тошнота, рвота, диарея, запор. Общие нарушения – часто: астения (у пациентов с ХСН), повышенная утомляемость*. Центральная нервная система – часто: головокружение*, головная боль*. * У пациентов с артериальной гипертензией или стенокардией особенно часто данные симптомы появляются в начале курса лечения. Обычно эти явления носят легкий характер и проходят, как правило, в течение 1-2 недель после начала лечения. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ³:** Не прекращайте лечение препаратом Конкор® резко и не меняйте рекомендованную дозу без предварительной консультации с врачом, так как это может привести к временному ухудшению деятельности сердца. Лечение не следует прерывать внезапно, особенно у пациентов с ИБС. Если прекращение лечения необходимо, то дозу следует снижать постепенно. На амальгамных отаках лечения препаратом Конкор® пациенты нуждаются в постоянном наблюдении. Препарат следует применять с осторожностью в следующих случаях: тяжелые формы ХОБЛ и нетяжелые формы бронхиальной астмы; сахарный диабет со значительными колебаниями концентрации глюкозы в крови; симптомы выраженного снижения концентрации глюкозы (гипогликемия) такие как тахикардия, сердцебиение или повышенная потливость могут маскироваться; строгая диета, проведение десенсибилизующей терапии, АВ блокада I степени, стенокардия Принцметала, нарушения периферического артериального кровообращения легкой и умеренной степени (в начале терапии может возникнуть усиление симптомов), псориаз (в т.ч. в анамнезе). Условия хранения: хранить при температуре не выше 30 °С. Хранить в недоступном для детей месте. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** по рецепту. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. **Претензии потребителей и информация о нежелательных явлениях следует направлять по адресу:** ООО «Мерк», 115054 Москва, ул. Валуева, д. 35. Тел.: +7 495 937 33 04, факс: +7 495 937 33 05, e-mail: safety@merck.ru. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Данная версия инструкции по медицинскому применению действительна с 05 сентября 2017. Соответствует MDS Bisoprolol V10.0 2014May23. Конкор® AM (бисопролол/амлодипин). Регистрационное удостоверение: ЛП-001137. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** гипотензивное средство комбинированное (beta1-адреноблокатор селективный + блокатор «медленных» кальциевых каналов (БКК)). **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА И ДОЗИРОВКА:** таблетки 5 мг + 5 мг; таблетки 5 мг + 10 мг; таблетки 10 мг + 5 мг; таблетки 10 мг + 10 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** артериальная гипертензия, замещающая терапия монофазными препаратами амлодипина и бисопролола в тех же дозах. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** тяжелая артериальная гипотензия; шок (в т.ч. кардиогенный); нестабильная стенокардия (за исключением стенокардии Принцметала), гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда, обструкция выходного отдела левого желудочка (например, клиничски значимый аортальный стеноз). По бисопрололу: острая сердечная недостаточность или хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в стадии декомпенсации, требующая проведения инотропной терапии, кардиогенный шок, атериевтрикулярная (АВ) блокада II и III степени, без электрокардиостимулятора, синдром слабости синусового узла (СССУ); синусовая брадикардия (ЧСС менее 60 ударов/мин), симптоматическая артериальная гипотензия; тяжелые формы бронхиальной астмы, выраженные нарушения периферического артериального кровообращения или синдром Рейно, феохромоцитоза (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов), метаболический ацидоз; По комбинации амлодипина / бисопролол: повышенная чувствительность к амлодипину, другим производным дигидропиридина, бисопрололу и/или любому из вспомогательных веществ; детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** внутрь. Принимать утром, независимо от приема пищи, не разжевывая. Продолжительность лечения. Долгосрочная терапия. Рекомендуется постепенное снижение дозы. **Нарушения функции печени.** У пациентов с нарушением функции печени выведение амлодипина может быть замедлено. Для пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени максимальная суточная доза бисопролола составляет 10 мг. **Нарушение функции почек.** Пациентами с нарушением функции почек легкой или средней степени тяжести коррекции режима дозирования, как правило, не требуется. Амлодипин не выводится с помощью диализа. Пациентам, нуждающимся в диализе, следует назначать амлодипин с особой осторожностью. Для пациентов с выраженными нарушениями функции почек (клиренс креатинина (КК) менее 20 мл/мин) максимальная суточная доза бисопролола составляет 10 мг. Пожилые пациенты (пожилым пациентам могут назначаться обычные дозы препарата. Осторожность требуется только при увеличении дозы). Дети: Препарат не рекомендован к применению у детей в возрасте до 18 лет ввиду отсутствия данных по эффективности и безопасности. Рекомендуется суточная доза – 1 таблетка определенной дозы в день. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ³:** По амлодипину: Нарушения со стороны нервной системы – часто: сонливость, головокружение, головная боль (особенно в начале лечения); нарушения со стороны органа зрения – часто: нарушение зрения (в т.ч. диплопия); нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – часто: тошнота, рвота, диарея, запор; нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы – часто: ощущение сердцебиения; нарушения со стороны сосудов – часто: «приливы»; нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения – часто: одышка; общие расстройства и нарушения в месте введения – очень часто: периферические отеки; нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани – часто: отеки лодыжек, судороги мышц. По бисопрололу: нарушения со стороны нервной системы – часто: головная боль*, головокружение**, нарушения со стороны сосудов – часто: ощущение охлаждения или онемения в конечностях; нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – часто: тошнота, рвота, диарея, запор; общие расстройства и нарушения в месте введения – часто: повышенная утомляемость**. * Особенно часто данные симптомы появляются в начале курса лечения. Обычно эти явления носят легкий характер и проходят, как правило, в течение 1-2 недель после начала лечения. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ³:** Не прекращайте лечение препаратом Конкор® резко и не меняйте рекомендованную дозу без предварительной консультации с врачом, так как это может привести к временному ухудшению деятельности сердца. Лечение не следует прерывать внезапно, особенно у пациентов с ИБС. Если прекращение лечения необходимо, то дозу следует снижать постепенно. По амлодипину: В период приема препарата необходимо контролировать массу тела и потребление натрия, назначение соответствующей диеты. У пациентов с сердечной недостаточностью III-IV стадии по классификации NYHA немешечечного генеза амлодипин повышает риск возникновения отека легких, что связано с усугублением симптомов течения ХСН. У пациентов с сердечной недостаточностью блокаторы кальциевых каналов, включая амлодипин, следует применять с осторожностью, поскольку они могут увеличивать риск сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов у этих пациентов. У пациентов с нарушением функции печени период полувыведения амлодипина и показателя AUC могут быть увеличены, рекомендации по дозированию препарата не установлены. Поэтому применение амлодипина следует начинать с нижней границы диапазона терапевтических доз, и соблюдать осторожность, как в начале лечения, так и при повышении дозы. У пациентов с тяжелым нарушением функции печени может возникнуть необходимость в постепенном подборе дозы и тщательном мониторинге состояния пациента. Пациентам с почечной недостаточностью амлодипин назначают в обычных дозах, так как изменения его концентрации в плазме не коррелируются со степенью почечной недостаточности, и амлодипин не диализуется. У пациентов пожилого возраста может увеличиваться Пз и снижаться клиренс амлодипина. По бисопрололу: Выраженная отечность бисопролола может привести к временному ухудшению деятельности сердца. Бисопролол должен назначаться с особой осторожностью пациентам с артериальной гипертензией или стенокардией в сочетании с сердечной недостаточностью. У пациентов с феохромоцитозом бисопролол должен назначаться только после блокады альфа-адренорецепторов (на фоне применения альфа-адреноблокаторов). Пациенты с псориазом или псориазом в анамнезе бисопролол должен назначаться только после тщательной оценки ожидаемой пользы и риска. У пациентов, подвергающихся общей анестезии, блокада beta1-адренорецепторов снижает частоту возникновения аритмии и ишемии миокарда во время проведения анестезии и интубации, а также в послеоперационный период. Рекомендуется сохранять блокаду beta1-адренорецепторов периоперационно. Перед проведением общей анестезии анестезиолог должен быть информирован о приеме пациентом бета-адреноблокаторов из-за риска взаимодействия с другими препаратами, что может привести к брадикардии, подавлению рефлекторной тахикардии и снижению рефлекса для компенсации потери крови. Если необходимо отменить бета-адреноблокатор перед хирургическим вмешательством, это должно быть выполнено постепенно и завершено примерно за 48 часов до анестезии. При бронхиальной астме или ХОБЛ возможна одновременное применение бронходилатирующих средств. У пациентов с бронхиальной астмой возможно увеличение сопротивления дыхательных путей, что требует более высокой дозы бета2-адреномиметиков. У пациентов с ХОБЛ применение бисопролола следует начинать с наименьшей возможной дозы, а пациентам тщательно наблюдать на появление новых симптомов (например, одышка, переносимость физических нагрузок, кашель). Условия хранения: Хранить при температуре не выше 30 °С. Хранить препарат в недоступном для детей месте. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:** по рецепту. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. **Претензии потребителей и информация о нежелательных явлениях следует направлять по адресу:** ООО «Мерк», 115054 Москва, ул. Валуева, д. 35. Тел.: +7 495 937 33 04, факс: +7 495 937 33 05, e-mail: safety@merck.ru. * Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Данная версия инструкции по медицинскому применению действительна с 29 декабря 2016. Соответствует CCDS Bisoprolol+Amoldipine V5.0 2015Oct12



от 7 СИМПТОМОВ гриппа и простуды*



* Согласно инструкции по применению (ЛСР-007823/10 от 10.08.2010) помогает устранить симптомы: высокая температура тела, головная боль, озноб, насморк, заложенность носа, чихание, боль в мышцах. Товарный знак принадлежит или используется Группой Компаний ГлаксоСмитКляйн. АО «ГлаксоСмитКляйн Хелскер», Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., 10, тел.: +7(495)777 98 50 РУ ЛСР-007823/10 от 10.08.2010 | CHRUS/CHTHRFL/0055/18

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СОТРУДНИКОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сборщик тиражирован VIII Национального Конгресса Фармацевтов