

ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПА CYP2C9 НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛИКЛАЗИДУ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Абулула М., Баранов В.Л., Ворохобина Н.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Гликлазид является одним из наиболее часто назначаемых препаратов сульфонилмочевины. В настоящее время известно, что система цитохрома P450 (CYP) имеет существенное значение в метаболизме препаратов. Исследования на здоровых добровольцах показали, что полиморфизмы CYP2C9*2 и CYP2C9*3 ассоциированы со снижением активности фермента, что приводит к увеличению концентрации препарата в плазме крови и уменьшению его клиренса, однако клиническое значение указанных полиморфизмов у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа не изучалось.

Цель исследования. Оценить влияние полиморфизмов гена цитохрома P450 2C9 (*2, *3) на индивидуальную чувствительность к гликлазиду у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 74 пациента (44 мужчины и 30 женщин) с впервые выявленным СД 2 типа, не имевших избытка массы тела или ожирения, которым в качестве стартовой терапии был назначен гликлазид в дозе 30–60 мг/сут в виде монотерапии. Средний возраст пациентов составил $53,5 \pm 1,4$ года. Все пациенты наблюдались в течение 6 месяцев. В зависимости от показателей углеводного обмена осуществлялась титрация доз препарата и при необходимости назначались другие виды сахароснижающей терапии. У всех больных проведен молекулярно-генетический скрининг полиморфизмов CYP2C9 *2, *3. Анализ проводили методом полимеразно-цепной реакции в реальном времени на анализаторе ДТ-96.

Результаты исследования. Из 74-х обследованных аллельные варианты CYP2C9*2 и *3 обнаружены у 28 человек (37,8%). Генотип *1*2 выявлен у 14 (18,9%) пациентов, *1*3 - у 11 (14,8%), *2*3 - у 2 (2,7%) и *2*2 - у 1 (1,4%) больного. Распределение генотипов соответствовало правилу Харди - Вайнберга.

В группе обследованных с полиморфным аллелем (*2 или *3) целевой уровень гликемии был достигнут у 21-го пациента (75%). Средняя суточная доза гликлазида составила $58,9 \pm 4,1$ мг. В остальных случаях в связи с недостаточной эффективностью препарата потребовалось назначение комбинированной терапии.

В группе пациентов с диким типом CYP2C9 целевой уровень гликемии был достигнут у 14 пациентов (30,4%). Средняя суточная доза гликлазида составила $75,0 \pm 5,3$ мг. У остальных больных к терапии были добавлены другие сахароснижающие препараты.

Легкие гипогликемии наблюдались только у 1 пациента в группе с диким типом CYP2C9 и у 4 пациентов в группе с полиморфным вариантом гена.

Выводы. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа с полиморфным вариантом гена CYP2C9, получавшие гликлазид в виде монотерапии, чаще достигали целевого уровня гликемии и использовали при этом более низкие дозы препарата. Частота эпизодов гипогликемии значимо не отличалась между группами ($p > 0,05$).

СЕСТРЫ БОТКИНЫ – СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ (1914-1917 ГОДА)

Бакалдина Е.В.

Музей-институт семьи Рерихов, Санкт-Петербург, Россия

Музей-институт семьи Рерихов расположен в здании, являющимся объектом культурного наследия федерального значения, известном в начале XX века как дом Михаила Петровича Боткина (1839-1914), художника, коллекционера, представителя купеческой семьи; именно при нём особняк приобрел современный вид. Среди Боткиных имелось немало представителей врачебной сферы. Конечно, самым знаменитым является Сергей Петрович Боткин (1832-1889), профессор медико-хирургической академии, широко известны его бывшие врачами сыновья Сергей, Александр и Евгений. Женские представительницы семьи также не были чужды медицине. Среди последних нам интересны дочери М.П. Боткина – Елена, Елизавета и Любовь. Все они работали сестрами милосердия во время первой мировой войны. Две старших сестры, Елена и Елизавета, были сестрами милосердия в общине Святого Георгия. С этой общиной была тесно связана семья Боткиных. Там работали С.П. Боткин и его сыновья Сергей и Евгений Боткины. Брат Сергея Петровича. Михаил Петрович Боткин также был связан с общиной, он входил в состав Совета Управления Общины.

Младшая дочь Михаила Петровича Боткина – Любовь числилась в общине сестер милосердия имени генерал-адъютанта М.П. фон Кауфмана. В списке учредителей состояли Сергей Сергеевич Боткин, сын Сергея Петровича и племянник Михаила Петровича. Почему Любовь выбрала другую общину в отличие от сестер, нам неизвестно.

Елена Михайловна Боткина (1882-1964) имела звание «запасной сестры»; как она сама о себе рассказывала, «сестра еще в японскую войну». Она окончила курсы сестер милосердия при Георгиевской общине в 1904 г., а с 22 сентября 1914 г. состояла при лазарете во втором городском доме в память 19 февраля 1861 г. Затем, с 26 января 1916 г. числилась сестрой Собственно Ея Императорского Величества передового санитарного отряда, из которого была отчислена 8 мая 1917 г. В перерывах, когда она не пребывала в местах военных действий, то работала сестрой милосердия Петроградского городского лазарета №1. В мае 1917 г., Елена Боткина была отправлена в передовой питательно-перевязочный Ксенииский отряд №21. Интересно, что в этом отряде служила в 1916 г. двоюродная сестра Елены – Мария Сергеевна Боткина, дочь Сергея Петровича Боткина.

Средняя сестра, Елизавета Михайловна Зеленская, урожденная Боткина (1884-1942), была в отличие от старшей только «сестрой военного времени»; она была членом общины Святого Георгия также с 1904 г. Служила в частном лазарете Обуховской больницы, затем в 3-ем питательно-санитарном отряде частного кружка им. княгини Ксении Александровны (в 1915 г.), затем в 1916 г. в первом городском лазарете. В Центральном Государственном Историческом архиве сохранилась расчетная книжка сестры милосердия Елизаветы Михайловны Зеленской. Примечательно, что Елизавета еще в 1905 году поступила в Женский медицинский институт, но не продолжила обучение по семейным обстоятельствам.

Любовь Петровна Боткина (1887-1920) с 22 сентября 1914 г. числилась сестрой милосердия в Обществе питательного пункта. Впоследствии была сестрой в 21-ом поезде Красного Креста. Именно там она познакомилась со своим будущим супругом – Николаем Николаевичем Самариным (1888-1954), который был прикомандирован к 21-му санитарному поезду. Вспоминая работу в санитарном поезде, подруга Любви Боткиной О.К. Недзвецкая рассказывала: «Условия наши по передвижению всегда зависели от окружения, а не только от желания нашей бригады. Тут уж Люба «царила». Её неторопливый певучий (как у мамы её) русский язык давал ощущение «стабильности» и желание обставить эту стабильность наиболее приятным образом».

Из воспоминаний зятя сестер Боткиных мы знаем, что Елена и Любовь были награждены георгиевскими медалями. Кроме того, 30 июня 1916 г. Елена Боткина получила еще серебряную медаль с надписью «за усердие» для ношения на груди на Аннинской ленте. Судьба сестер сложилась по-разному. Самая младшая из них, Любовь Михайловна умерла в 34 года от перитонита, несмотря на то, её муж был врачом и у неё самой были медицинские знания. Средняя сестра, Елизавета Михайловна, скончалась в блокаду. Старшая сестра, Елена Михайловна, прожила дольше всех, она умерла в 1964 г. в отцовском доме, где смогла отстоять для себя небольшую квартиру, деля здание с Василеостровским (Свердловским) народным судом.

**Сравнительная оценка влияния дидрогестерона и
микронизированного прогестерона на предупреждение развития
поздних осложнений беременности и исходы родов**

Беляева М.А.

**Научный руководитель профессор Репина М.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова**

Актуальность проблемы:

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности. Согласно данным последних лет, значимую роль в предупреждении самопроизвольных абортов и поддержке беременности на ранних сроках играют нормальное содержание прогестерона в организме матери и его адекватное воздействие на рецепторы прогестерона во время беременности. Остаются нерешенными вопросы влияния гестагенов на предупреждение развития поздних осложнений беременности и исходы родов.

Цель исследования:

Сравнить течение беременности и исходы родов у пациенток с угрозой невынашивания I триместра на фоне проводимого лечения препаратами дидрогестерона и микронизированного прогестерона.

Материалы и методы:

В исследование включено 25 беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (1 и более самопроизвольных аборта до 12 недель беременности) и угрозой невынашивания I триместра при данной беременности. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, исключена сопутствующая патология функции печени и почек. Беременные получали агонисты прогестерона: группа I (16 пациенток) – дидрогестерон (30-40 мг/сут), группа II (9 пациенток) – микронизированный прогестерон (300-400 мг/сут). Определяли общую прибавку веса, артериальное давление (АД), общий анализ мочи, выраженность периферических отеков при беременности. Анализировали исходы родов, среднюю массу плода, оценку новорожденных по шкале Апгар.

Результаты исследования:

Общая прибавка веса в группе II была достоверно выше, чем в группе I ($13,1 \pm 1,2$ кг и $10,6 \pm 1,3$ кг, $p < 0,05$). Средние значения АД в обеих группах были сопоставимы: 100/60 и 110/70 мм.рт.ст. Синдром протеинурии не был отмечен в обеих группах. Периферические отеки выявлены у 4 (26%) беременных I группы и у 3 (42 %) беременных II группы ($p < 0,05$). У одной пациентки группы II выявлена хроническая фето-плацентарная недостаточность (ХФПН) на сроке 36 недель гестации. У пациенток обеих групп беременность закончилась рождением живых детей в сроке от 38 до 41 недели гестации. Средняя масса плода в I и II группах составила 3300 ± 98 г и 3200 ± 154 г, $p > 0,05$. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар была выше в группе I, чем в группе II (8/9 баллов и 7/8 баллов).

Выводы: Отмечено положительное влияние агонистов прогестерона на

течение беременности и исходы родов у пациенток с угрозой невынашивания I триместра. На данном этапе исследования не выявлено достоверных различий во влиянии дидрогестерона и микронизированного прогестерона на исходы беременности.

ВЛИЯНИЕ НА КОНЕЧНЫЙ РОСТ МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГИПОФИЗАРНЫХ ГОРМОНОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНОМ РОСТА

Башнина Е.Б., Берсенева О.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

В настоящее время имеется много данных о результатах лечения гормоном роста детей с низкорослостью. Гормон роста является главным, но не единственным эндокринным регулятором линейного роста. Влияние множественной недостаточности гормонов гипофиза на конечный рост изучено недостаточно.

Цель работы:

Определение влияния на результаты лечения наличия у пациентов, кроме недостаточности гормона роста, дефицита других гормонов гипофиза.

Материалы и методы:

В исследование были включены 15 пациентов с изолированным дефицитом гормона роста и 10 пациентов с множественным дефицитом гормонов гипофиза. Все пациенты получали лечение гормоном роста в дозе 0,033 мг/кг/сут (препарат “Растан”, Россия) и, при необходимости, другую заместительную гормональную терапию. Конечный рост у всех пациентов определялся в соответствии с достижением костного возраста 16 лет (определен по атласу Грейлиха). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы Statistica 6,0; применен непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты и выводы.

Средний рост в группе пациентов с изолированной недостаточностью гормона роста составил 153,8 (148,0-166,5) см. Средний рост в группе с множественным дефицитом гормонов гипофиза составил 161,5 (157,8-164) см. Разница не достоверна ($p=0,65$, при использовании непараметрического критерия Манна-Уитни).

Хронологический возраст окончания лечения у пациентов с изолированным дефицитом гормона роста составил 16,0 (15,0-17,0) лет, у детей с множественным дефицитом гормонов гипофиза – 18,0 (17,0-18,0) лет. Разница между группами достоверна ($p=0,01$, при использовании непараметрического критерия Манна-Уитни).

Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что:

- конечный рост у пациентов с недостаточностью гормона роста не зависит от наличия дефицита других гормонов гипофиза, если проводится соответствующая заместительная терапия
- конечный рост у пациентов с множественным дефицитом гормонов гипофиза достигается позже, чем у пациентов с изолированной соматотропной недостаточностью.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОСТЕОПОРОЗА

Букацель А.С., Трофимов Е.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Введение/цель

Определить взаимосвязь между рентгенологической стадией, степенью тяжести остеоартроза (ОА) и наличием остеопороза.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 57 больных ОА коленных суставов в возрасте от 40 до 70 лет с продолжительностью заболевания 1–5 лет (в среднем $2,8 \pm 1,3$ года), рентгенологической стадией I или II, получивших стационарное лечение в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова. Обследование включало рентгенографию суставов, антропометрические измерения (масса тела, рост, индекс массы тела). По альгофункциональному опроснику WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis Index) рассчитывался индекс тяжести гонартроза, клинические проявления ОА оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли. Наличие остеопороза диагностировалось по результатам проведенной денситометрии.

Результаты/обсуждение

Для определения связи между стадией, степенью тяжести ОА и остеопорозом все больные были разделены на две группы: 1-я группа ($n=26$) – больные ОА без остеопороза, 2-я ($n=31$) – ОА с остеопорозом. При анализе тяжести течения гонартроза по WOMAC выявлено, что в группе больных с остеопорозом индекс тяжести течения гонартроза был достоверно выше ($p<0,05$) – 132 ± 27 балла против 84 ± 15 балла в группе больных ОА без остеопороза. Также по результатам оценки влияния субъективных болевых ощущений на суставную симптоматику, определяемым по ВАШ боли, были достоверно выше ($p<0,05$) в группе больных с остеопорозом – $57 \pm 3,5$ мм против $26,5 \pm 1,6$ мм у пациентов без остеопороза. Также проведен корреляционный анализ стадии ОА и наличия или отсутствия остеопороза, который показал достоверную ($p<0,01$) связь средней силы ($r=0,614$) свидетельствующую, что с нарастанием рентгенологической стадии остеоартроза увеличивается частота развития остеопороза.

Выводы/заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что увеличение рентгенологической стадии ОА влияет на частоту развития остеопороза. У пациентов с ОА и наличием остеопороза наблюдался более выраженный болевой синдром, характерный для тяжелого гонартроза. Таким образом, имеется достоверная взаимосвязь между стадией гонартроза, степенью тяжести и частотой встречаемости остеопороза у больных ОА.

ВЛИЯНИЕ ПРЯМЫХ И НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОНМК

Велиева Н. М., Велиева Р.М., Велиев Ф.М.

*Кафедра неврологии нейрохирургии и медицинской генетики
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово*
Научный руководитель – проф., д.м.н. Коваленко А.В.

Среди актуальных и приоритетных проблем современной неврологии инсульты прочно удерживают лидирующее положение в связи с их значительной распространенностью, высокой смертностью и степенью инвалидизации населения. Использование антикоагулянтов в остром периоде инсульта определяет исход заболевания.

Цель исследования. Оценить влияние приема прямых и непрямых антикоагулянтов на степень восстановления неврологического дефицита.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 604 пациентов с достоверным диагнозом ОНМК по ишемическому типу. Средний возраст составил $64,6 \pm 13,7$ лет; 266 женщин и 338 мужчин. Степень неврологического дефицита по шкале NIHSS: при поступлении <3 (7,4%), 3-8 (57%), 9-20 (31%), >20 (4,6%), при выписке: <3 (40%), 3- 8 (41%), 9-20 (17%), >20(2%). Прием антикоагулянтов: не принимали - (30%), принимали прямые - (53%), непрямые - (4%), прямые и непрямые - (13%). Проводилась оценка прироста балла от момента поступления и на 21 сутки от начала заболевания.

Результаты и их обсуждение: Значение прироста балла у пациентов к 21 суткам от начала заболевания не получавших гепарины - 3,2 балла, получавших прямые антикоагулянты - 7,2 балла; непрямые - 3,6 балла, прямые и непрямые - 3,4 балла. В ходе исследования выявлено статистически значимое влияние на прирост балла по шкале NIHSS при выписке с приемом прямых ($p=0,00016$) и непрямых ($p=0,03$) антикоагулянтов.

Выводы: Использование антикоагулянтов в остром периоде ишемического инсульта оказывает позитивное влияние на степень восстановления нарушенных функций и улучшает прогноз и исход заболевания, позволяет снизить смертность и тяжесть инвалидизации у больных с ОНМК.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТЕРОИДНОГО ПРОФИЛЯ МОЧИ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Великанова Л.И., Ворохобина Н.В., Татарина М.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова
Санкт-Петербург

Цель. Исследовать стероидные профили мочи методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ/МС) у женщин с гиперандрогенией (ГА) для разработки критериев дифференциальной диагностики стертых форм врожденной гиперплазии коры надпочечников (ВГКН) и синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Материалы и методы. Обследовано 30 женщин репродуктивного возраста с ГА в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $25,9 \pm 1,1$). Пациенты с ГА были разделены на 2 группы: 12 человек с нормальным весом ($ИМТ=22,8 \pm 1,5 \text{ кг/м}^2$) – 1 группа и 18 человек с ожирением ($ИМТ=36,1 \pm 1,3 \text{ кг/м}^2$) – 2 группа. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст $28,5 \pm 2,3$). Определяли в крови уровни адренкортикотропного гормона (АКТГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, кортизола (К), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерона-сульфата (DEA-S), $\Delta 4$ -андростендион ($\Delta 4$ -А), 5α -дигидротестостерон (ДГТ), свободный тестостерон (FT), 17-гидроксипрогестерон (17-ОНП) и глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ). Проводили пробы с 2 мг дексаметазона и с кортикотропином пролонгированного действия (препарат «синактен-депо»). Методом ГХ/МС определяли экскрецию стероидов с мочой (60 андрогенов, прогестинов, глюкокортикоидов и минералокортикоидов). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7,0).

Выводы. Сочетание классических тестов с определением экскреции с мочой метаболитов андрогенов, прогестинов и глюкокортикоидов методом газовой хромато-масс-спектрометрии повышает точность дифференциальной диагностики различных форм гиперандрогении.

У женщин с гиперандрогенией с нормальным индексом массы тела установлено повышение экскреции с мочой дегидроэпиандростерона, 16-гидрокси-дегидроэпиандростерона, 17β -андростендиола, андростендиола, андростендиола, прегнантриола, уменьшение соотношений $(\text{THF}+\text{allo-THF}+\text{THE}) / \text{прегнантриол}$ (меньше 3,0) и $(\text{THF}+\text{allo-THF}+\text{THE}) / \text{прегнантриолон}$ (меньше 60), что свидетельствует о недостаточности 21-гидроксилазы.

У женщин с гиперандрогенией и ожирением установлено снижение в крови уровня глобулина, связывающего половые гормоны, увеличение свободного тестостерона и дигидротестостерона в крови в сравнении с пациентами с гиперандрогенией и нормальным индексом массы тела и с группой здоровых лиц.

Увеличение активности 5α -редуктазы в большей степени установлено у больных с ожирением и гиперандрогенией и характеризуется повышением соотношений андростерон/этиохоланолон, 11-гидроксиандростерон/11-гидроксиэтиохоланолон, allo-тетрагидрокортикостерон /тетрагидрокортикостерон и allo-тетрагидрокортизол/тетрагидрокортизол в сочетании с увеличением экскреции с мочой андростерона, allo-тетрагидрокортикостерона и уровня дигидротестостерона в крови.

У женщин с гиперандрогенией и ожирением, увеличение экскреции с мочой тетрагидро-11-дезоксикортизола и гексагидро-11-дезоксикортизола, соотношение $(\text{THF}+\text{allo-THF}+\text{THE}) / \text{THS}$ меньше 50 свидетельствуют о недостаточности 11β -гидроксилазы.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Ворохобина Н.В., Великанова Л.И., Григорян К., Шафигуллина З.Р.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова

Цель. Изучить стероидные профили методами высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ/МС) у больных с инциденталомой коры надпочечников (ИН) для выбора тактики лечения.

Материалы и методы. Обследовано 75 пациентов с ИН и 25 здоровых лиц. У 7 больных по результатам гистологического заключения диагностирован аденокортикальный рак. Определяли уровни АКТГ, кортизола в 9 час (Ку) и 21 час (Кв), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭА-С), 17-ОН-прогестерона, альдостерона (АЛД), ренина (Р) в крови и активность ренина плазмы (АРП), свободный кортизол в слюне (Ксл). Проводили пробы с физиологическим раствором (ПФР) и 2 мг дексаметазона (ПД). Методом ГХМС исследовали стероидные профили мочи (СПМ). Всего идентифицировано 60 стероидов. Методом ВЭЖХ определяли уровни в крови кортизола (F), кортизона (E), 21-дезоксикортизол (21-DF), кортикостерона (B), 11-дегидрокортикостерона (A), 18-гидроксикортикостерона (18-ОНВ), 11-дезоксикортикостерона (DOC), 11-дезоксикортизола (S) и экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона (UFE), 6β-гидроксикортизола (6β-ОНF) и U18-ОНВ.

Результаты. Основными показаниями к адреналэктомии считается наличие гормонально-активной опухоли и признаков злокачественности образования надпочечника. Особенно важно установить злокачественный потенциал ИН на дооперационном этапе. Гормональные исследования, основанные на методах иммуноанализа, позволили выявить активность лишь у 43,7% пациентов с ИН. У данных больных отмечено увеличение Ксл ($13,3 \pm 1,3$ нмоль/л, $p < 0,01$) и Кв, при проведении ПД уровень К в крови был больше 70 нмоль/л ($126,6 \pm 18,6$ нмоль/л, $p < 0,001$, что позволило диагностировать субклинический синдром Иценко – Кушинга (СКСИК). У остальных больных с ИН уровни АКТГ, АЛД, Ку, Кв и ДЭА-С не отличались от здоровых. Методом ВЭЖХ у 35 пациентов с ИН отмечено увеличение предшественников альдостерона в крови (18-ОНВ, В и/или DOC), у 9 чел. – повышение уровня S в крови. У 8 человек были повышены экскреция с мочой 6β-ОНF (больше 400 мкг/24 ч) и соотношение 6β-ОНF/UFF, что свидетельствовало об увеличении активности изофермента CYP3A4. При исследовании СПМ методом ГХМС у больных СКСИК отмечено повышение экскреции с мочой тетрагидро-кортикостерона (ТНВ), гексагидро-кортикостерона и соотношений ТНВ/ТНА и (ТНF+allo-ТНF)/ТНЕ, снижение ДЭА и соотношений allo-ТНF/ТНF и alloТНВ/ТНВ. Увеличение экскреции с мочой тетрагидро-11-дезоксикортизола (ТНС) и гексагидро-11-дезоксикортизола, уменьшение соотношения (ТНF+allo-ТНF+ТНЕ)/ТНС (< 30) свидетельствовали о снижении активности 11β-гидроксилазы, увеличение тетрагидро-21-дезоксикортизола и 11-оксопрегнантриола (P3-on), снижение соотношения (ТНF+allo-ТНF+ТНЕ)/P3-on (< 50) были критериями дефекта 21-гидро-ксилазы у 10 больных с ИН. Методом ГХМС у больных с АКР установлено увеличение экскреции с мочой ТНС, этиохоланолона, 17β-андростендиола, ДЕА, 16-ОН-ДЕА, андростентриола, P3-on, прегнендиола, прегнентриола, 16-гидроксипрегнендиола, 16ОН-прегненолона, 21ОН-прегнено-лона и 21ОН-прегнентриола, соотношения $3\alpha 16\text{OHdP}2/3\beta 16\text{OHdP}2 < 3,0$, $3\alpha dP3/3\beta dP3 < 9,0$. Согласно шкале Weissa их раковый потенциал был оценен в 3-4 балла. У больных с АКР отмечено снижение активности 21-гидроксилазы, 11β-гидроксилазы и 5α-редуктазы. Только у 5 пациентов с ИН не установлены признаки злокачественности и увеличение гормональной активности коры надпочечников при сочетании методов иммуноанализа, ВЭЖХ и ГХМС.

Выводы. Субклинический синдром Иценко – Кушинга установлен у 14,7%, увеличение предшественников альдостерона – у 46,7%, недостаточность ферментов 21-гидроксилазы и 11β-гидроксилазы – у 22,7%, увеличение активности CYP3A4 – у 10,7%, признаки аденокортикального рака – у 13,3% больных с инциденталомой коры надпочечников на основании иммуноанализа и исследования стероидных профилей крови и мочи методами высокоэффективной жидкостной хроматографии и газовой хромато-масс-спектрометрии.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Гаврилова Е.С., Яшина Л.М., Яшин Д.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск

Цель. Оценить распространенность основных биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и их взаимосвязь с метаболическими параметрами у студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое обследование 396 студентов 6 курса ЮУГМУ (мужчин – 27,3%, женщин - 72,7%), средний возраст - 23,0 года ($\sigma = \pm 1,3$). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ) ($\text{кг}/\text{м}^2$). Оценка ИМТ и ОТ проводилась согласно рекомендациям ВОЗ (2000). Забор крови производили натощак через 14 часов голодания. Анализ липидограммы проводился по Российским рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2012). При отклонении от нормы любого из параметров липидограммы использовался термин дислипидемия (ДЛП). Исследовался уровень лептина в сыворотке крови с помощью иммуноферментного автоматического анализатора «BiochemAnalette». При уровне лептина выше 11,1 нг/мл для женщин и выше 4,6 нг/мл для мужчин использовался термин гиперлептинемия. Проводилась оценка эндотелиальной функции по содержанию конечных метаболитов NO в сыворотке крови по методике Н.Л. Емченко (1994). Референсные значения: NO сум 18,56 \pm 0,81 мкмоль/л, NO₂ - 3,3 \pm 0,18 мкмоль/л, NO₃ - 15,26 \pm 1,15 мкмоль/л. Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS версия 20.0. Для оценки достоверности различий использовался критерий Манна-Уитни и тест χ^2 , для выявления корреляции - коэффициент Спирмана. Полученные результаты представлены в виде $P \pm mp\%$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Установлена высокая распространенность предожирения (15,3 \pm 1,7%), абдоминального ожирения (АО) (21,0 \pm 2,9%), ДЛП (18,9 \pm 2,8%), гиперлептинемии (49,3 \pm 4,1%), снижения уровня конечных метаболитов оксида азота (44,3 \pm 3,7%). Выявлено, что распространенность предожирения в мужской популяции достоверно выше, чем в женской (26,9 \pm 3,8% и 10,5 \pm 1,7% соответственно). Распространенность АО в мужской популяции достоверно выше в сравнении с женской (35,5 \pm 6,0% и 14,3 \pm 3,0% соответственно). В женской популяции достоверно чаще встречается дефицит массы тела в сравнении с популяцией мужчин (15,8 \pm 0,9% и 6,0 \pm 2,0% соответственно). Выявлена прямая сильная корреляционная связь между ИМТ и ОТ ($r=0,8$, $p=0,0001$), прямая умеренная корреляционная связь между ИМТ и уровнем лептина ($r=0,33$, $p=0,0001$), прямая слабая корреляционная связь между ИМТ и уровнем триглицеридов (ТГ) ($r=0,29$, $p=0,0001$). Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между повышенным уровнем лептина и АО ($r=0,35$, $p=0,0001$), ИМТ ($r=0,33$, $p=0,0001$); а также обратная слабая корреляционная связь между повышенным уровнем лептина и NOобщ ($r=-0,21$, $p=0,015$), NO₃- ($r=-0,22$, $p=0,01$).

Выводы.

1. Отклонение от нормы ИМТ выявлено у 31,3% студентов: дефицит массы тела - у 12,9% респондентов, предожирение - у 15,3%, ожирение I степени - у 3,1% студентов. Распространенность предожирения в мужской популяции достоверно выше, чем в женской (26,9% и 10,5%). Среди женщин чаще встречается дефицит массы тела, чем среди мужчин (15,8% и 6,0%). Выявлены ассоциативные связи между ИМТ и АО, ТГ, гиперлептинемией.

2. Распространенность АО составила 21,0%, причем в мужской популяции выше, чем в женской (35,5% и 14,3%). Выявлены корреляционные связи между ОТ и ИМТ, ТГ, гиперлептинемией.

3. Распространенность ДЛП среди студентов-медиков составила 18,9%. Уровень ТГ коррелирует с ОТ, ИМТ, мужским полом. Выявлена обратная корреляционная связь между уровнем ХС ЛПВП и ОТ, ИМТ, мужским полом.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

¹Гаврилова Е.С., ¹Яшина Л.М., ¹Яшин Д.А., ²Кочкина Е.Е., ²Члачидзе Н.И.

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск

²Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения городская клиническая больница №2, Челябинск

Цель. Оценить распространенность синдрома тревоги и депрессии и их взаимосвязь с основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний (ФР ХНИЗ) среди студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое обследование 396 студентов 6 курса ЮУГМУ (мужчин – 27,3%, женщин – 72,7%), средний возраст – 23,0 года ($\sigma = \pm 1,3$). Уровень тревоги и депрессии оценивался согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983). Оценка поведенческих ФР ХНИЗ (курения, употребления алкоголя) осуществлялась по опроснику CINDI (Копенгаген, 1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ) Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$) с дальнейшей оценкой согласно рекомендациям ВОЗ (2000). Анализ липидограммы проводился по Российским рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2012). При отклонении от нормы любого из параметров липидограммы использовался термин дислипидемия (ДЛП). Проводилась оценка эндотелиальной функции по содержанию конечных метаболитов NO в сыворотке крови по методике Н.Л. Емченко (1994). Референсные значения: NOсум $18,56 \pm 0,81$ мкмоль/л, NO2 – $3,3 \pm 0,18$ мкмоль/л, NO3 – $15,26 \pm 1,15$ мкмоль/л. Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS версия 20.0, электронных таблиц Microsoft Office Excel. Для оценки достоверности различий использовался критерий Манна-Уитни и тест χ^2 , для выявления корреляции – коэффициент Спирмана. Полученные в процессе исследования результаты представлены в виде $P \pm \text{mp}\%$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Среди студентов 6 курса распространенность синдрома тревоги составила $30,4 \pm 5,7\%$ (субклинического уровня – $21,9 \pm 2,9\%$, клинического уровня – $8,5 \pm 2,0\%$), синдрома депрессии – $10,9 \pm 6,3\%$ (субклинического уровня – $10,4 \pm 2,2\%$, клинического уровня – $0,5 \pm 0,5\%$). Среди лиц с клинически значимым уровнем тревоги в сравнении с лицами с отсутствием синдрома тревоги достоверно выше распространенность избыточного употребления алкоголя ($15,0 \pm 7,9\%$ и $2,0 \pm 1,1\%$), ДЛП ($45,0 \pm 11,1\%$ и $13,9 \pm 2,8\%$), гипер-холестеринемии ($30,0 \pm 10,2\%$ и $11,9 \pm 2,6\%$), гипертриглицеридемии ($10,0 \pm 6,7\%$ и $2,6 \pm 1,3\%$), снижения NOобщ ($73,3 \pm 9,8\%$ и $43,5 \pm 4,0\%$), NO3 – ($73,3 \pm 9,8\%$ и $54,0 \pm 4,0\%$). Среди обследованных с субклиническим уровнем депрессии в сравнении с лицами с отсутствием синдрома депрессии достоверно выше распространенность курения ($34,8 \pm 9,9\%$ и $17,3 \pm 2,7\%$), употребления алкоголя в малых дозах ($69,6 \pm 9,5\%$ и $38,5 \pm 3,5\%$), предожирения ($34,8 \pm 9,9\%$ и $19,4 \pm 2,8\%$), АГ ($8,7 \pm 5,8\%$ и $1,1 \pm 0,7\%$), снижения NO2- ($30,0 \pm 9,5\%$ и $15,4 \pm 2,6\%$). Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между синдромом тревоги и средним баллом успеваемости ($r=0,34$, $p<0,05$), АГ ($r=0,39$, $p<0,05$), а также прямая умеренная корреляционная связь между синдромом депрессии и средним баллом успеваемости ($r=0,38$, $p=0,01$), статусом курения ($r=0,36$, $p=0,01$), употреблением алкоголя ($r=0,38$, $p=0,001$), ИМТ ($r=0,35$, $p=0,03$), АГ ($r=0,38$, $p=0,01$).

Выводы. В молодежной популяции наблюдается неблагоприятная ситуация по распространенности синдрома тревоги и депрессии. Установлены ассоциативные связи между тревожно-депрессивной симптоматикой и поведенческими и биологическими ФР ХНИЗ.

ОДНОКУРСНИКИ ЕВГЕНИЯ СЕРГЕЕВИЧА БОТКИНА – ДЕЯТЕЛИ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Ганф Т.И.¹, Никифоров В.С.²

¹ЦМО СПб РО ООО «Российский Красный Крест», ²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Важным историческим документом о жизни лейб-медика Евгения Сергеевича Боткина является чудом сохранившееся письмо из заточения в Екатеринбурге вместе с семьей последнего Российского императора. В нем Е.С.Боткин обращается к брату Александру, не столько как к родственнику и возможному опекуну осиротевших детей Евгения Сергеевича, но, прежде всего, как к выпускнику Императорской Военно-медицинской академии. В этом письме он говорит о христианских и студенческих идеалах: «...Меня поддерживает убеждение, что «претерпевший до конца, тот спасется», и сознание, что я остаюсь верным принципам выпуска 1889-го года...».

Выпуск курса Евгения Сергеевича, состоявшийся 11/24 ноября 1889 года, совпал с тяжелой болезнью, а через месяц и кончиной (11/24 декабря 1889 года) Сергея Петровича Боткина. И это событие окрасило своим драматизмом торжество получения официальных документов, свидетельствовавших о профессиональной зрелости бывших студентов. Прощание с видным ученым и любимым врачом вызвало множество откровенных, идущих от сердца слов, перекликающихся с содержанием последнего письма Евгения Сергеевича. Моральная, духовная основа профессиональной деятельности Боткиных, отца и сына, дополняет их научные достижения.

Большое число однокурсников Е.С.Боткина заявила о себе и в науке, и в практической медицине. Из их среды выдвинулись талантливые администраторы, руководители, ученые, в том числе известный невропатолог профессор Клинического института великой княгини Елены Павловны (ЛенГИДУВа) Леонид Васильевич Блуменау, профессор фармакологии Новороссийского университета Петр Яковлевич Борисов, организатор и заведующий кафедрой факультетской терапии Санкт-Петербургского женского медицинского института профессор Михаил Матвеевич Волков, заведующий кафедрой детских болезней медицинского факультета Смоленского университета профессор Василий Павлович Жуковский, почетный лейб-медик, терапевт и климатолог Владимир Яковлевич Пантюхин, действительный статский советник, председатель Совета врачей при Санкт-Петербургской городской санитарной комиссии, один из учредителей Санкт-Петербургского общества взаимопомощи практических врачей и Всероссийского фонда помощи врачам и их семьям, потерпевшим в русско-японскую войну, Александр Васильевич Рутковский, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского женского медицинского института профессор Петр Тимофеевич Садовский, секретарь Ученого совета и заведующий научной библиотекой Института экспериментальной медицины Василий Гаврилович Ушаков, профессор Юрьевского и Московского университетов терапевт Александр Иванович Яроцкий.

Однокурсники Е.С. Боткина оказались на переломе эпох, втянуты в серьезные жизненные и профессиональные испытания. Ряд представителей курса работали земскими врачами. Многие из однокурсников оказались на фронтах русско-японской, Первой мировой войн и оказывали медицинскую помощь в лазаретах, госпиталях, санитарных поездах. Часть из них погибли, исполняя врачебный долг. 1904-1905 годы унесли жизни более 10 представителей курса, в частности, 1/14 августа 1904 года во время боя в Корейском проливе героически погиб их однокурсник, старший врач крейсера «Рюрик» Николай Конрадович Бржесский.

Биографические сведения о многих представителях выпуска Военно-медицинской академии 1889 года обрываются после 1917 года, что позволяет только предполагать их гибель в годы революции и гражданской войны или эмиграцию. Даже вдали от Родины они продолжали врачебную и общественную деятельность. Могилы однокурсников Е.С.Боткина находятся в Финляндии, Эстонии, Болгарии, Франции, Китае и других странах.

Биографии представителей курса полны проявлений врачебного долга, гуманизма и самопожертвования. Через всю жизнь в своих сердцах они пронесли слова из диплома выпускника Военно-медицинской академии: «Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим».

НАУЧНАЯ И ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Е.С.БОТКИНА В ИМПЕРАТОРСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Гордиенко А.В.

Военно-медицинская академия, кафедра и клиника
госпитальной терапии имени профессора В.Н. Сиротинина, Санкт-Петербург

Несмотря на существующую биографическую детализацию, деятельность Евгения Боткина в стенах *Alma mater* остается на сегодняшний день малоизученной и все еще ждет своих исследователей. Это важно не только из-за династийной принадлежности двух поколений Боткиных (в академии почти всю жизнь проработал отец, создав беспрецедентную отечественную школу терапевтов, ее же окончили старшие братья), но прежде всего для ответа на вопрос: что являлось главенствующим в духовно-нравственной атмосфере академии, способствующей на рубеже прошлого и позапрошлого веков, формированию таких личностей как Евгений Боткин.

После сдачи экзаменов за первый год обучения на физико-математическом факультете Санкт-Петербургского университета Евгений поступил на младшее отделение подготовительного курса Императорской Военно-медицинской академии (ИВМА), которую окончил в 1889 году «третьим по старшинству баллов в курсе», со званием лекаря с отличием (*sum eximia laude*) и награждением именной Пальцевской премией, которую присуждали «третьему по старшинству баллов в своем курсе». Начинает он свое врачебное служение с годового пребывания в качестве ассистента-интерна Мариинской больницы для бедных Ведомства Учреждений Императрицы Марии Федоровны, далее следует 1,5 годичная зарубежная врачебная стажировка, после которой 1,5 года он работает врачом императорской Придворной певческой капеллы. За этот период Евгений сумел собрать и обобщить большой клинко-экспериментальный материал, позволивший ему успешно 8 мая 1893 года защитить в стенах академии докторскую диссертацию на тему: «К вопросу о влиянии альбумоз и пептонов на некоторые функции животного организма», посвященную памяти своего отца. Одним из его официальных оппонентов на публичной защите был будущий Нобелевский лауреат И.П.Павлов. С января 1894 года Евгений вновь возвращается сверхштатным ординатором в женское терапевтическое отделение Мариинской больницы и через год казенно-коштно стажировается у звезд немецкой медицинской профессуры (1895-1897). По возвращении, 12 мая 1897 года он избирается приват-доцентом ИВМА «по внутренним болезням с клиникой». С 1 января 1899 года он был назначен Главным врачом общины Святого Георгия, одновременно являясь врачом для командировок VI разряда при 2-м Клиническом военном госпитале (с апреля 1899 года). Далее на продолжительное время его деятельность прочно связана с кафедрой и клиникой госпитальной терапии ИВМА (отец Евгения Сергей Петрович и старший брат Сергей Сергеевич трудились на кафедре академической (ныне факультетской) терапии. В течение 1902-1903 учебного года по поручению Конференции академии читал лекции и проводил практические занятия студентам пятого курса кафедры госпитальной терапии в качестве одного из трех заместителей профессора Ф.И.Пастернацкого. В 1904-1905 по поручению конференции учебном году вел занятия в качестве одного из двух заместителей профессора В.Н.Сиротинина.

В докладе будет сделан акцент именно на этом малоизученном жизненном периоде Евгения Сергеевича Боткина, коллегам его окружавших и, безусловно, повлиявших на его дальнейшую подвижническую жизнь и добровольное принятие мученического венца.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ДИФFUЗНО-УЗЛОВЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И АУТОИМУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ С КОМПЕНСИРОВАННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.

Громова В.А., Ворохобина Н.В., Кузнецова А.В., Малыгина О.Ф.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург.

Цель исследования: изучение влияния низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов на костный метаболизм у женщин с диффузно-узловым нетоксическим зобом и аутоимунным тиреоидитом в перимено- и постменопаузе.

Материалы и методы. В исследование включены 74 женщины в перимено- и постменопаузе в возрасте от 44 до 58 лет ($52,64 \pm 0,44$), которые были разделены на 2 подгруппы. В I подгруппу вошли женщины, страдающие диффузно-узловым нетоксическим зобом (ДУНЗ), во II подгруппу женщины с аутоимунным тиреоидитом с гипотиреозом (АИТ), компенсированным L-тироксинами. Длительность менопаузального периода составила от 1 года до 4х лет ($2,32 \pm 0,09$). В лечении климактерического синдрома у женщин с патологией щитовидной железы применялся препарат, содержащий в своем составе 1 мг 17β эстрадиола с 2 мг дроспиренона в постоянном режиме в течение 12 месяцев. Контрольную группу составили 40 женщин аналогичного возраста без патологии щитовидной железы. Исследование костной ткани проводили при помощи двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате «Hologic Discovery W» до и после лечения заместительной гормональной терапией (ЗГТ). Изменение массы плотности костной ткани (МПКТ) осевого скелета исследовали в поясничных позвонках (L_1-L_4), проксимальном отделе бедра, шейки бедра, костях предплечья. Для диагностики потери костной ткани использовался T-критерий. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета STATISTIKA for WINDOWS (версия 5.5). Сравнение количественных показателей осуществлялось с использованием непараметрических методов (критерии Манна – Уитни, Вилкоксона, корреляции Спирмена). Статистически значимые различия считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Данные ДХА показали, что у женщин с ДУНЗ и АИТ остеопороз встречается чаще (18%), чем у женщин без патологии щитовидной железы (5%). Остеопения встречалась в 33% у женщин основной группы и в 45% у женщин контрольной группы. А у 49% пациенток основной группы и 51% женщин контрольной группы МПКТ находилась в пределах нормальных значений. В I и II подгруппе до начала лечения отмечалось статистически значимое ($p < 0,001$) снижение МПКТ в поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе бедра ($p < 0,01$) и шейке бедра ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Во II подгруппе показатели T-критерия, несмотря на компенсированный гипотиреоз были снижены в поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе бедра ($p < 0,01$) и шейки бедренной кости ($p < 0,05$) по сравнению с I подгруппой. Статистической разницы МПКТ костей предплечья между подгруппами и при сравнении с контрольной группой выявлено не было. При проведении анализа показателей у женщин с компенсированным гипотиреозом в зависимости от длительности приема тиреоидных препаратов выявлено снижение МПКТ в области L_1-L_4 и в проксимальном отделе бедренной кости ($p < 0,01$) у пациенток, принимающих L-тироксин более 5 лет, по сравнению с женщинами, принимающих препарат в течение 1 года. В костях предплечья и в области шейки бедренной кости достоверных изменений выявлено не было. Через 12 месяцев лечения эстрогенгестагенными препаратами у женщин как с АИТ, так и с ДУНЗ выявлен статистически значимый прирост уровня МПКТ на 8-9% в области поясничного отдела позвоночника L_1-L_4 ($p < 0,001$), в области проксимального отдела бедра от 2,5 до 2,7 % ($p < 0,01$), в области костей предплечья от 1,8 до 2,1% ($p < 0,05$). В области шейки бедренной кости в обеих подгруппах достоверных изменений МПКТ выявлено не было.

Вывод: Применение низкодозированной эстроген-гестагенной терапии у женщин с ДУНЗ и АИТ в постменопаузе оказывает положительный эффект на прирост костной ткани как в кортикальных, так и в трабекулярных костных структурах.

ИЗМЕНЕНИЯ ВОДНОГО КОМПОНЕНТА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Шпак Л. В., Ермолова С.Н.

Тверской государственной медицинский университет, Тверь

Современная клиническая диагностика базируется на комплексной оценке структурного, функционального, а также физико-химического анализа и может быть существенно расширена за счет параметров, интегрально отражающих состояние организма и тенденции его изменений на уровне жидкостных систем плазмы крови. Представление о том, что вода лежит в основе различных физиологических и патологических процессов, послужили стимулом для выявления изменяющихся характеристик водного компонента крови, наступающих в зависимости от клинической формы острого коронарного синдрома (ОКС) в динамике его течения и лечения.

Цель: расширить имеющиеся критерии тяжести и прогноза ОКС по состоянию водного компонента крови.

Материал и методы: проведено безвыборочное исследование 120 больных с ОКС, из которых исход в нестабильную стенокардию (НС) был у 39 (1-я группа), в не-Q-инфаркт миокарда (ИМ) - у 19 (2-я группа), а в Q- ИМ - у 62 (3-я группа). В зависимости от клинической формы ОКС у больных исследовалось состояние водного компонента в ИК-спектре сыворотки крови на 9 каналах аппаратно-программного комплекса «ИКАР». Положение и число исследуемых диапазонов характеризовало особенности девяти спектров поглощения воды и фундаментальных компонентов крови. Структура водного компонента крови характеризовалась процентным содержанием связанной (гидратной) воды. Свободная вода определялась как разница между общим содержанием воды (100%) и процентом связанной воды. С помощью многомерного анализа рассчитывались целостные системные критерии Махаланобиса и Бартлетта, позволяющие оценивать соответственно статистические и динамические свойства состояний. Полученные результаты являлись не столько специфическими, сколько динамическими характеристиками изучаемых систем. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Достоверность результатов оценивалась методом вариационной статистики и различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты: в первые часы и сутки развития ОКС процентное содержание связанной воды резко увеличивалось, многократно превышая показатели группы здоровых ($13,86 \pm 2,03$) и отражая состояние срочной адаптации. Этот сдвиг нарастал от НС ($84,57 \pm 1,23$) к не-Q-ИМ ($90,13 \pm 2,97$) и особенно к Q-ИМ ($95,01 \pm 1,05$). К 10-му дню лечения при всех изучаемых формах ОКС происходило некоторое снижение процентного содержания связанной воды, не достигающее контрольных данных. По сравнению с первыми сутками заболевания, в большей степени это касалось НС ($65,73 \pm 2,65$), в меньшей - не-Q- ($76,66 \pm 2,32$) и особенно -Q-ИМ ($83,58 \pm 1,30$). Составляющая часть свободной воды в сыворотке крови у здоровых людей превышала процентное содержание связанной воды в 6,3 раза. Соответственно клиническим формам ОКС, количество свободной воды изменялось обратно-пропорционально содержанию связанной воды и, следовательно, в 1-й день заболевания уменьшалось от ишемии к некрозу миокарда, несколько возрастая к 10-му дню, в большей мере при - НС и не-Q-ИМ. Важно то, что содержание общей воды оставалось постоянным, так как перераспределялись только ее фракции (у здоровых преобладала свободная, при ОКС - связанная вода). Следовательно, на молекулярном уровне, жидкости имеют определенную достаточно устойчивую упорядоченность, которая внутри водного компонента крови перераспределяется в сторону многократного преобладания связанной фракции, что можно использовать не только как ранний критерий диагностики развития, но и тяжести ОКС.

Выводы: впервые обнаружено, что в 1-е сутки развития ОКС происходят изменения водного компонента крови в виде многократного увеличения процентного содержания связанной воды, по сравнению с группой здоровых. Эта динамика соотносится со степенью повреждения миокарда: чем выше содержание гидратной составляющей в острейшем периоде, тем вероятнее в последующем развитие крупноочагового характера повреждения. Снижение процента связанной воды к 10-му дню лечения не достигает контрольных данных и в наибольшей степени выражено при НС, менее при не-Q- и особенно - Q-ИМ. Это объясняется тем, что чем тяжелее повреждение, тем дольше сохраняется активация компенсаторных процессов.

О БАЛАКИРЕВЕ И БОТКИНЫХ

Зайцева Т.А.

Санкт-Петербургский государственный университет культуры и искусств, Санкт-Петербург

Наверное, неслучайно на 2015 год пришлись две памятные даты: 150 лет со дня рождения выдающегося врача, последнего лейб-медика Евгения Сергеевича Боткина, трагически погибшего вместе с царской семьей Николая II, и 105 лет со дня кончины выдающегося музыканта Милия Алексеевича Балакирева. Дело не только в том, что они были связаны личными контактами. Их объединяло и нечто гораздо большее: беззаветное служение «по России», которой они отдали свои недюжинные таланты. Общими в их деятельности были и глубинные принципы: движение к высотам науки и искусства органично сочеталось с неподдельной заботой о ближнем вне каких-либо сословных различий. Едва ли не любой нуждающийся, обратившийся за помощью к М.А.Балакиреву или к Боткиным получал помощь и поддержку.

Еще М.И. Глинка завещал композиторам писать музыку, равно докладную знатокам и любителям. Под таким девизом разворачивалось не только творчество М.А.Балакирева, но - много шире - формировалась его концепция новой музыкальной России. Созидая ядро современной музыкальной культуры - новую русскую школу композиторов, которую составили гении - М.П. Мусоргский, А.П. Бородин, Н.А. Римский-Корсаков, - Балакирев был далек от ее элитарной замкнутости. Поэтому параллельно он выступил инициатором учреждения Бесплатной музыкальной школы (БМШ) для всех желающих обучаться музыке. Символично, что открытие БМШ состоялось в зале Медико-хирургической академии 18 марта 1862 года. А 31 марта Балакирев впервые приходит на прием к знаменитому доктору Сергею Петровичу Боткину (отцу Евгения Сергеевича). С той поры М.А.Балакирев стал постоянным пациентом С.П.Боткина, у него консультировал своего больного отца, рекомендовал доктора друзьям.

С.П.Боткин любил музыку, отлично играл на виолончели, которая нередко сопровождала его даже в поездках. Получили известность в столице «боткинские субботы», привлекавшие не только врачей, но и литераторов, художников, музыкантов. Стал бывать здесь и М.А.Балакирев. Вскоре, «поздней осенью» того же 1862 года он познакомился здесь с А.П.Бородиным, который вошел в число соратников М.А.Балакирева – членов «Могучей кучки».

К Юбилею «чудесного доктора» М.А.Балакирев сделал свое музыкальное приношение. Для С.П.Боткина, как любителя-виолончелиста, он подготовил переложение фортепианного Этюда ор. 25, №7 Шопена для струнного квартета, где виолончели поручена ведущая партия. На двух рукописях этого опуса стоят даты: 4 и 5 сентября 1882 года.

М.А.Балакиреву были близки взгляды С.П.Боткина на «освежающее» действие музыки. Быть может, следуя положениям музыкальных руководств, или развивая традицию Ф.Листа с его «Утешениями», композитор-пианист порой устраивал концерты - «утешения» для больных и страждущих. Так в течение 15 лет 11 мая М.А.Балакирев играл в доме Стасовых для их больной племянницы Маши. М.А.Балакирев как будто предвидел современные направления в медицине, когда в роли целительного средства выступает музыка.

Контакты Балакирева с С.П.Боткиным длились до его кончины. Балакирев был не только пациентом и дорогим гостем «боткинских суббот», но еще и учителем фортепианной игры Евгения Сергеевича и других детей Боткина. Возникает вопрос: отчего Боткин остановил свой выбор именно на Балакиреве? Думается, не только потому, что тот был великолепным композитором, пианистом, но еще и уникальным педагогом. Он ратовал за всеобщее музыкальное образование. При этом считал, что профессионалов и любителей надо обучать по-разному. Но в обоих случаях для Балакирева было главным привить любовь к музыке. Особое значение он придавал связи музыкально-образовательного процесса с воспитанием личности учащегося. Обучение игре на том или ином музыкальном инструменте было лишь одним из путей, по которому он вел воспитанника в мир музыки и - шире - всей духовной культуры. Поэтому учителя заботили как музыкальный рост ученика, так и формирование его эстетических вкусов. «Музыка - это кусочек рая, который бог оставил на земле людям», - говорил М.А.Балакирев. Распахнуть двери такого рая он мечтал перед каждым. Думается, у него это получилось с замечательными представителями семьи Боткиных.

Е.С. БОТКИН – ПУТЬ ВО ДВОРЕЦ

Зимин И.В.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Семейным врачом Николая II был лейб-хирург Г.И. Гирш, унаследованный им еще от отца. После его смерти в 1907 г. встал вопрос о новом домашнем враче. Вопрос этот был весьма не простой. С одной стороны в медицинской среде продолжалась подспудная борьба между представителями «русской» и «немецкой» партиями, а с другой стороны в самой императорской семье существовали медицинские тайны, носившие политический характер. Поэтому человек, назначаемый на эту должность, должен быть, безусловно, лоялен по отношению к царской семье.

Окончательный выбор был сделан императрицей Александрой Федоровной осенью 1907 г., когда у нее начались серьезные проблемы с сердцем. Дочь Е.С. Боткина описывает этот эпизод, определивший всю последующую жизнь врача, следующим образом: «Императрицу Александру Федоровну спросили, кого она желает пригласить, она сказала: «Боткина»...«Того который был на войне». Надо отметить, что семейный врач был нужен, прежде всего, императрице, у которой к этому времени накопился ряд хронических заболеваний, и ей требовалось постоянное медицинское наблюдение. В числе прочих протежировала Е.С. Боткину его родственница, фрейлина императрицы О.Е. Бюцова. Николаю II, который физически был очень крепок, видимо, импонировало участие Е.С. Боткина в боевых действиях, а также то, что он был сыном знаменитого С.П. Боткина, который лечил Николая в детстве, и был лидером «русской» партии в медицине.

4 апреля 1908 г. обер-гофмаршал П.К. Бенкендорф направляет министру императорского двора В.Б. Фредериксу извещение, в котором сообщает, что императрица «желает чтобы, ко дню Св. Пасхи, почетный лейб-медик Е.С. Боткин был бы назначен лейб-медиком, на место покойного Г.И. Гирша». 8 апреля 1908 г. Фредерикс наложил резолюцию «Высочайшее повеление исполнить». Назначение Е.С. Боткина состоялось 13 апреля 1908 г., содержание было определено в 10.000 руб. в год (5.000 руб. жалованья и 5.000 руб. столовых) при квартирном довольствии. До этого назначения жалованье Е.С. Боткина составляло 2.280 руб. в год. Обязанности Боткина сводились к ежедневному контролю за состоянием здоровья членов императорской семьи и, прежде всего, за здоровьем императрицы. «Ее Величество принимала моего отца в начале 10 часа в спальне» - писала его дочь.

Е.С. Боткин быстро стал своим в семье, его имя постоянно упоминается в переписке царя и царицы в 1914-1917 гг. И если до его назначения к императрице приглашалось достаточно много самых разных медиков, то начиная с 1907-1908 гг. их визиты уже носят единичный характер. Приближение Е.С. Боткина к императорской семье повлияло и на его политические взгляды. Лили Ден свидетельствует, что «это был умный, либерально настроенный господин, и, хотя его политические воззрения расходились с идеологией монархистов, он настолько привязался к его Величеству, что позабыл свои прежние взгляды». Протопресвитер русской армии и флота о. Шавельский замечает, что при Е.С. Боткине в Ставке не вели разговоров, могущих каким-либо образом задеть царскую семью. Надо отметить, что и он избегал разговоров о состоянии здоровья своих пациентов. Начальник канцелярии министерства императорского двора генерал А. Мосолов упоминает в мемуарах, что «Боткин был известен своей сдержанностью. Никому из свиты никогда не удалось узнать от него, чем была больна государыня и какому лечению следует царица и наследник. Он был, безусловно, преданный их величествам слуга». Императрица, в силу особенности своего характера, была «закрытым» человеком и свои личные проблемы не стремилась выносить на всеобщее обсуждение. Она следила за собой, хорошо выглядела, и, поэтому ее внешний вид вводил в заблуждение тех, кто не сталкивался с ней ежедневно. Дворцовый комендант В.Н. Воейков, описывая события марта 1914 г., писал, что «благодаря цветущему виду императрицы, никто не хотел верить в ее болезнь сердца, и острили по поводу этого диагноза над лейб-медиком Е.С. Боткиным».

После Февральской революции Е.С. Боткин остается с царской семьей и сопровождает ее в Тобольск и Екатеринбург. Верность долгу заставила Е.С. Боткина сопровождать своих царственных пациентов буквально до могилы и совершенно справедливо, что его прах ныне покоится в усыпальнице Петропавловского собора.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МУСКАТНОГО ОРЕХА И КУРКУМЫ

Зябкина А. М., Сербина Д. В.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Республика Беларусь

Актуальность. Приправы и специи не только придают блюдам изысканный аромат и вкус, они способны самым благоприятным образом воздействовать на организм. Мускатный орех широко применяют в кондитерском деле и кулинарии. Однако также известны его сильные полезные свойства. Куркуму применяют как в качестве специи, так и в качестве красителя. Но и целебные свойства куркумы ценятся достаточно высоко и известны человеку не первое столетие.

Цель: исследовать фармакологические свойства мускатного ореха и куркумы.

Задачи: изучить влияние мускатного ореха и куркумы на организм.

Материал и методы. В ходе исследования было проанализировано много научных статей, выделены основные мишени воздействия данных специй на организм. Были проведены тесты, изучающие характер и степень влияния мускатного ореха и куркумы на некоторые системы организма, в частности на нервную, сердечно-сосудистую, пищеварительную.

Результаты и их обсуждение.

Мы исследовали статистику по заболеваемости раком желудка в мире и распространенность употребления куркумы по странам.

Все страны по частоте заболеваемости раком желудка распределены на четыре группы:

1. страны с наиболее высокой заболеваемостью (Япония, Финляндия, Исландия, Россия);
2. страны с высокой заболеваемостью (Коста-Рика, Швейцария, Дания, Китай);
3. страны с низкой заболеваемостью (Парагвай, Таиланд, Тайвань, США, Филиппины);
4. страны с самой низкой заболеваемостью (Индонезия, Нигерия).

Индия, особенно Южная и Центральная, выращивает и потребляет основную часть куркумы, однако в Индии самые высокие показатели онкологической заболеваемости, и это связано с плохими условиями жизни.

Куркума растет и больше всего потребляется также в Китае, на Тайване, Филиппинах, в Индонезии (о. Ява), на Гаити, Ямайке, в Перу, Камбодже, Шри-Ланке. Куркуму любят, ценят и широко используют также в США. А практически все перечисленные страны относятся к группам стран с низкой и самой низкой заболеваемостью раком желудка. Таким образом, для некоторых стран можно провести параллель между потреблением куркумы и частотой заболеваемости раком желудка.

Для исследования успокаивающего действия мускатного ореха и куркумы, мы выбрали 2 группы по 11 человек, приблизительно одного возраста (20 лет). Одна группа употребляла каждый день в течение 2-недель мускатный орех, другая группа - куркуму. При этом были даны рекомендации по употреблению: *добавлять 0,5 чайной ложки молотой куркумы на ужин в еду, и 1/4 чайной ложки молотого мускатного ореха в чай или в молоко на ночь.*

Эксперимент начался 01.12. Перед экспериментом и в конце его были проведены тесты:

- ✓ Тест №1: опросник PSM - для определения психического состояния за последнюю неделю.
- ✓ Тест №2: тест на тревожность - оценивает реакцию на кратковременную ситуационную ситуацию и уровень тревожности, отражающий привычное для вас состояние.

В ходе проведенных исследований было выявлено положительное воздействие мускатного ореха и куркумы на исследуемые системы организма. Мы можем предполагать, что мускатный орех оказывает большее успокаивающее действие, чем куркума.

Помимо этого, в конце исследования нами был составлен и произведен опрос, в котором участникам эксперимента предлагалось выбрать эффекты, которые наблюдались у них во время употребления мускатного ореха и куркумы.

Показатель	Мускатный орех, %	Куркума, %
Высыпаемость	100	73
Улучшение памяти	45	45
Повышение внимания	45	45
Спокойствие	73	73
Быстрое засыпание	45	55
Отсутствие сонливости днем	45	55
Невысыпаемость	-	-
Нарушение сна	-	-
Повышение возбудимости	27	45
Расстройства ЖКТ	-	-
Аллергические реакции	-	-
Снижение аппетита	27	27
Повышение аппетита	27	45
Сухость во рту, жажда	10	-
Мочегонный эффект	-	-

Выводы:

1. Мускатный орех и куркума могут быть использованы в качестве седативных средств.
2. Мускатный орех и куркума способны увеличивать концентрацию внимания.
3. Мускатный орех способен улучшать память.
4. Мускатный орех оказывает большее успокаивающее действие, чем куркума.

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ГАЗООБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА

Зуева П.Н., Давидовская Е.И.

Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, Белорусская медицинская академия последипломного образования, кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии, Минск, Белоруссия

Сколиоз является патологией, проявляющейся изменением анатомии туловища и его отделов вследствие развивающегося постепенно в процессе роста искривления позвоночника в трех плоскостях. В патологический процесс неизбежно вовлекается грудная клетка. Вследствие сдавления извне деформированным каркасом грудной клетки находящихся в ней органов, изменяющейся силы и механики работы диафрагмы и межреберных мышц, появляются связанные со степенью деформации функциональные кардиореспираторные нарушения и, как следствие, нарушения газообмена.

Цель. Изучить параметры газообмена у пациентов с 4-й степенью диспластического сколиоза, готовящихся к операции коррекции и стабилизации сколиотической деформации.

Материалы и методы. Обследованы 23 пациентки в возрасте от 16 до 25 лет, проходившие лечение в РНПЦ травматологии и ортопедии г. Минска в период с 2011-2012 гг. с диспластическим сколиозом 4 степени. Контрольная группа состояла из 16 здоровых того же возраста и пола. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ "Statistica 6,0". Для проверки совпадения распределения исследуемых количественных показателей с нормальным в группах пользовались критерием согласия Колмогорова-Смирнова. Для сравнения изучаемых групп применялся дисперсионный анализ. Различия считали достоверными при уровне значимости $\alpha < 0,05$.

В дополнение к рутинным кардиореспираторным функциональным и лабораторным тестам использован метод пульсоксиметрии и капнометрии выдыхаемого воздуха.

Результаты. В группе лиц со сколиозом 4 степени по сравнению с контрольной группой выявлено существенно меньшее образование CO_2 и сниженное среднее давление CO_2 в выдыхаемом воздухе, что может быть объяснено более низкой физической активностью исследуемых лиц в силу выраженной деформации позвоночника. Давление CO_2 в конце выдоха в исследуемой группе значительно меньше по сравнению с контролем, что вместе с минутным объемом дыхания, не отличающимся от контрольной группы при меньшем образовании CO_2 , свидетельствует о гипервентиляции у данных лиц. Причиной такого изменения внешней вентиляции является большая доля функционально мертвого пространства органов дыхания у лиц со сколиозом 4 степени. Показатели кислородного статуса капиллярной крови малого круга кровообращения в группах наблюдения и контроля, а также содержание кислорода в артериальной крови в состоянии покоя существенно не отличались.

Однако альвеоло-артериальная разница по кислороду, как комплексный показатель качества оксигенации венозной крови в легких, в группе лиц с диспластическим сколиозом превышала таковое значение в контрольной группе. Респираторный индекс (РИ), характеризующий венозную примесь к артериальной крови, существенно не отличался у лиц со сколиозом, свидетельствуя о незначительном патологическом шунтировании в малом круге.

На основании исследования газового состава выдыхаемого воздуха и кислородного статуса артериальной крови можно составить патофизиологический «паттерн» функционирования органов дыхания у лиц с диспластическим сколиозом 4 степени: в силу выраженной деформации позвоночника и грудной клетки происходит изменение соотношения вентилируемой паренхимы с сосудистым руслом малого круга кровообращения, что проявляется увеличением функционально мертвого пространства с затруднением оксигенации венозной крови в малом круге (увеличение альвеоло-артериальной разницы по кислороду). Поддержание нормальных показателей оксигенации венозной крови в легочных капиллярах кровоснабжаемой паренхимы и содержания кислорода в артериальной крови осуществляется за счет гипервентиляции.

Выводы. Таким образом, следует предполагать, что основным патофизиологическим механизмом повышения альвеоло-артериальной разницы по O_2 у лиц со сколиозом 4 степени является увеличенное функционально мертвое пространство по сравнению со здоровыми лицами.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПРИ ПОЛИПАТИЯХ У ПОДРОСТКОВ

Калева Н.Г., Калев О.Ф.

Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,

Челябинск

Проблема изменений электрической активности сердца (ЭАС) при сочетанной множественной патологии, обусловленной тремя и более заболеваниями и/ или патологическими состояниями (полипатии) недостаточно изучена в подростковом возрасте.

Цель работы. Определить изменения ЭАС и их связь с числом неинфекционных заболеваний (НИЗ) и их факторами риска (ФР) у подростков в возрасте от 14 до 17 лет.

Материалы и методы. Комплексное клинико-популяционное обследование проведено у 265 подростков (146 девочек и 119 мальчиков), бригадой специалистов: педиатр, терапевт, кардиолог, невролог, хирург, офтальмолог, оториноларинголог, гинеколог. Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, общий холестерин (ХС), триглицериды, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, креатинин, мочевины, глюкоза. Всем проведено исследование функции внешнего дыхания, ЭКГ, УЗИ внутренних органов. Изучаемые ФР: курение, гипокинезия, употребление алкоголя, артериальная гипертония, ожирение, дислипидемии, гипергликемия оценивались в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Изменения ЭАС оценивались по критериям типологической классификации ЭКГ О.Ф.Калева (2008). Различия определялись по критерию χ^2 . Взаимосвязь полипатий с исследуемыми ФР была изучена с помощью модели множественной линейной регрессии.

Результаты исследования. Патологические типы ЭКГ выявлены у 66 девочек (45,2%) и 37 (31,1%) мальчиков (χ^2 - квадрат =5,5; $p < 0,019$). Без учета гендерных различий частота изменений ЭАС у лиц с монопатиями была 20,0%, с бипатиями - 33,8% и полипатиями - 61,7%. Выявлены много-образные причины с преобладанием Ia и IIa степени изменений ЭКГ в зависимости от НИЗ и их ФР. Шансы наличия полипатий без учета гендерных различий по модели множественной линейной регрессии («0» - нет, 1 или 2 заболевания, «1» – 3 и более заболеваний) представлены в таблице (общая статистическая значимость модели $\chi^2=65,1$, $p < 0,0001$).

Факторы риска	ОШ	95% ДИ для ОШ	P
β_0	0,13	0,07-0,23	<0,0001*
Женский пол	2,2	1,22-3,95	<0,0001*
Патологическая ЭКГ	4,4	2,49-7,85	<0,0001*
Дислипидемия	2,7	1,51-4,8	<0,0001*
Гипергликемия	5,1	1,79-14,51	0,002*

Примечание. ОШ – отношение шансов, β_0 – нулевая переменная, * - $p < 0,05$.

Заключение. У подростков изменения электрической активности сердца, определенные по критериям типологического анализа ЭКГ, являются фактором риска полипатий. При наличии патологических изменений ЭКГ шанс наличия полипатий у девочек в 2,2 выше, чем у мальчиков. Степень изменений ЭАС зависит от формы и характера сочетанной множественной патологии.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Ворохобина Н.В., Ряснянский В.Ю., Капляян М.В.

Северо-Западный медицинский государственный университет им. И.И. Мечникова.

Диабетическая нефропатия - основная причина смертности лиц с сахарным диабетом 1 типа. Во многих развитых странах мира диабетическая нефропатия занимает 1-е место в структуре диализной службы. У больных сахарным диабетом 1 типа частота диабетических осложнений, как микрососудистых, так и макрососудистых, возрастает по мере прогрессирования патологии почек. В России, как и во многих странах мира, диагностика и профилактика поражения почек у больных сахарным диабетом идут с определенным опозданием, что и приводит к необратимым последствиям.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость используемых в практике лабораторных показателей для раннего выявления диабетической нефропатии у пациентов сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: Обследовано 25 пациентов сахарным диабетом 1 типа в возрасте старше 18 лет, со стажем заболевания более 4 лет. Наличие тяжелых поздних микро- или макрососудистых осложнений сахарного диабета, любая кардиоваскулярная патология, а также инфекция мочевыводящих путей являлись критериями исключения. Всем пациентам проводилась комплексная стандартная оценка азотовыделительной функции почек.

Результаты: средний возраст пациентов составил 38.6 (28.5; 50.5) года, стаж сахарного диабета 1 типа - 8.9 (4.5;12). У 6 пациентов выявилась гиперфилтрация при подсчете скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью формулы Кокрофта-Голта, а при подсчете СКФ по MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)- у 12. Стойкую микроальбуминурию выявили в 3 случаях. В первом - было снижение СКФ по обеим формулам (ниже 60 мл/мин), высокий уровень гликированного гемоглобина (9.2%), длительный стаж сахарного диабета (11 лет), но изменений на глазном дне не диагностировано. Во втором - стойкая микроальбуминурия сопровождалась развитием диабетической непролиферативной ретинопатии обоих глаз, стаж диабета составил 12 лет, однако, показатели СКФ и гликированного гемоглобина были в норме. В третьем случае - микроальбуминурия сопровождалась нормальными показателями СКФ и нормальным уровнем гликированного гемоглобина, при стаже сахарного диабета 6 лет.

Выводы: Анализ полученных промежуточных результатов показал, что необходимо усовершенствовать доклинические критерии диагностики диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 1 типа в связи с отсутствием взаимосвязи стандартных показателей.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа; диабетическая нефропатия; микроальбуминурия; доклинические критерии.

«Современные тренды в терапии сахарного диабета 2 типа»

**Карпова И.А. – к.м.н., главный диabetолог Комитета по здравоохранению
Правительства Санкт-Петербурга**

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД вызывает повреждение и дисфункцию практически всех органов и систем организма.

Современный подход к управлению СД 2 включает индивидуализированный выбор целей терапии. Основой терапии является изменение образа жизни: рациональное питание и повышение физической активности. Стратегия медикаментозной сахароснижающей терапии зависит от исходного уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Мониторинг эффективности терапии, которая может проводиться пероральными, инъекционными сахароснижающими препаратами и/или инсулином, должен осуществляться каждые 3 месяца, оценивается темп снижения HbA1c и достижение индивидуального целевого значения. Интенсификация сахароснижающей терапии при ее неэффективности выполняется не позднее, чем через 6 месяцев. Главными требованиями к фармакотерапии СД 2 типа является низкий риск развития гипогликемии, снижение или нейтральное влияние на массу тела, низкий риск нежелательных явлений, возможность применения при наличии сопутствующих заболеваний. В настоящее время в клинической практике применяют следующие классы сахароснижающих препаратов: метформин, препараты сульфонилмочевины (СМ), глиниды, тиазолидиндионы, агонисты рецепторов глюкагонподобного пептида 1 (аГПП-1), ингибиторы дипептидил-пептидазы 4 типа (иДПП-4), ингибиторы α -глюкозидаз, ингибиторы натрий-глюкозных котранспортеров 2 типа (иНГЛТ-2), инсулин.

Ингибиторы ДПП-4 относятся к лекарственным препаратам, действие которых основано на эффектах инкретинов. Терапия иДПП-4 способна обеспечить физиологичный и патогенетически обусловленный контроль СД 2 типа, благодаря глюкозозависимой стимуляции секреции инсулина β -клетками и подавлению секреции глюкагона α -клетками поджелудочной железы, а также снижению продукции глюкозы печенью. Данные международных и российских клинических исследований убедительно доказывают высокую эффективность и безопасность этого класса препаратов как в монотерапии, так и в комбинации с метформином, препаратами СМ и при интенсификации инсулинотерапии. Ингибиторы ДПП-4 подтвердили свою эффективность и безопасность у сложных групп пациентов с СД 2 типа (лица с нарушением функции почек различной степени тяжести, с высоким сердечно-сосудистым риском, пожилые пациенты). В широкомасштабном наблюдательном исследовании EDGE с участием 46 тыс. больных СД 2 типа из 27 стран мира с неадекватным контролем гликемии на монотерапии метформином, продемонстрировано, что число пациентов, ответивших на терапию иДПП-4 (вилдаглиптином) без эпизодов гипогликемии и увеличения массы тела, было выше, чем в группах сравнения. Показательны также данные исследования PROVI, подтвердившего преимущества данного класса препаратов в комбинации с метформином в снижении как глюкозы плазмы натощак, так и HbA1c в реальной клинической практике.

«Сахарный диабет 2 типа: современные алгоритмы лечения»

**Карпова И. А. – к.м.н., главный диабетолог Комитета по здравоохранению
Правительства Санкт-Петербурга**

Сахарный диабет (СД) – единственное хроническое заболевание современности, темпы роста которого приобрели в настоящее время характер пандемии. Согласно данным Международной федерации диабета (IDF), в настоящее время в мире зарегистрировано 382 млн. больных СД, а к 2035 г. этот показатель вырастет до 592 млн. человек. При этом реальное число больных в 1,5-2 раза выше. В Российской Федерации на начало 2015 года официально зарегистрировано 4 045 564 пациента с СД, из них более 90% составляют больные СД 2 типа. На 01.01.2015 в Санкт-Петербурге зарегистрировано 127 309 больных сахарным диабетом (2,9% взрослого населения).

Сахарный диабет занимает 3-е место среди непосредственных причин смерти после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, поэтому решение вопросов, связанных с проблемой СД, поставлено во многих странах на уровень государственных задач. С целью стандартизации и оптимизации оказания медицинской помощи больным СД во всем мире разрабатываются алгоритмы лечения СД и его осложнений. В 2015 году обновления претерпели рекомендации Американской ассоциации клинических эндокринологов (AACE), консенсус Европейской ассоциации по изучению СД (EASD) и Американской диабетической ассоциации (ADA), а также Российские алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Общей и главной идеей рассматриваемых алгоритмов является разработка программы поэтапного управления СД. Некоторые отличия заключаются в определении целевых значений уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и разных уровнях исходного HbA1c для выбора терапии. Так, в алгоритмах AACE для большинства пациентов рекомендуется поддерживать уровень HbA1c < 6,5%, более высокий показатель разрешен только для пациентов с сопутствующими заболеваниями и высоким риском развития гипогликемии. В обновленном консенсусе ADA/EASD (2015) рекомендованный для большинства пациентов уровень HbA1c < 7%, у пациентов с высоким риском гипогликемии, сердечно-сосудистыми заболеваниями – выбор цели индивидуален. В Российских национальных алгоритмах акцент делается именно на индивидуализации цели для каждого пациента в зависимости от длительности СД, наличия тяжелых осложнений или сопутствующих заболеваний, риска развития гипогликемии, ожидаемой продолжительности жизни и т.д. Целевой уровень HbA1c варьирует от 6,5% до 8,0%. Первым основополагающим шагом гликемического контроля во всех алгоритмах по управлению СД 2 является изменение образа жизни пациента – правильное питание и увеличение физической активности. Стратегия медикаментозной сахароснижающей терапии зависит от исходного уровня HbA1c. **Российские алгоритмы (2015)** при исходном уровне HbA1c 6,5-7,5% рекомендуют начинать с монотерапии сахароснижающими препаратами первого ряда, с минимальным риском гипогликемий – метформином, или ингибитором дипептидил-пептидазы 4 типа (иДПП-4), или агонистом рецепторов глюкагонподобного пептида 1 (аГПП-1). В качестве альтернативных вариантов, при непереносимости или противопоказаниях к препаратам первого ряда – препараты сульфонилмочевины (кроме глибенкламида), глиниды, пиоглитазон, акарбоза и новый класс препаратов – ингибиторы натрий-глюкозных котранспортеров 2 типа.

Контроль за эффективностью назначенной терапии проводить не реже 1 раза в 3 месяца, принятие решения об и интенсификации терапии – не позже, чем через 6 месяцев. Если через 6 месяцев терапии уровень HbA1c снизился менее, чем на 0,5% или не достигнута индивидуальная цель – рекомендуется комбинация 2 препаратов, а еще через 6 месяцев – 3 препаратов (можно включая инсулин) или перевод на инсулинотерапию.

При исходном уровне HbA1c 7,6-9,0% рекомендуется сразу начинать комбинированную терапию двумя сахароснижающими препаратами, воздействующими на разные механизмы развития болезни (кроме нерациональных комбинаций), дальнейшая тактика аналогична вышеописанной. Приоритет должен быть отдан препаратам с минимальным риском гипогликемий. Эффективным считается темп снижения HbA1c $\geq 1,0\%$ за 6 месяцев наблюдения.

При исходном уровне HbA1c выше 9,0% (данная ситуация обычно характеризуется наличием выраженной глюкозотоксичности) рекомендовано начинать инсулинотерапию (или комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами). Если в «дебюте» заболевания уровень HbA1c более 9,0%, но при этом отсутствуют выраженные клинические симптомы декомпенсации, можно начать лечение с альтернативного варианта – комбинации 2 или 3 сахароснижающих препаратов. При этом, если пациент, которому была назначена инсулинотерапия, через 6 месяцев достигает индивидуальной цели гликемического контроля, он может быть переведен на пероральную терапию 2 или 3 препаратами.

ВЫПУСКНИКИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ (1888-1891) В ИСТОРИИ МАРИИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ДЛЯ БЕДНЫХ И ГЕОРГИЕВСКОЙ ОБЩИНЫ СЕТСЕР МИЛОСЕРДИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА

Ковалевский А.В.

Мариинская больница, Санкт-Петербург

Петербургская больница для бедных, получившая впоследствии название Мариинской, была создана по воле и мысли Государыни Императрицы Марии Федоровны. Изначально больница планировалась практической школой для молодых врачей. Однако только в 1883 г. в Мариинской больнице в виде опыта на 4 месяца был введен институт интернов. В дальнейшем, набор интернов для работы в больнице был продлен, и усилиями главного врача В.И.Алышевского было увеличено количество должностей интернов. Введение института интернов в высшей степени благотворно отразилось на больнице и изменило ход лечения и способа ведения больных. С 1885 г. руководством больницы вводятся командировки врачей за границу для подготовки по тем или иным специальностям. Первым в 1885 г. был командирован Н.И. Кусков (выпуск ИВМА 1874 г.), прозектор больницы, впоследствии старший врач женского терапевтического отделения. Вслед за ним на 2 года, был командирован Г.А.Свяженинов (выпуск ИВМА 1880 г.). В декабре 1890 г. в первую заграничную командировку был направлен Е.С.Боткин.

Главный врач Больницы В.И.Алышевский, ученик С.П. Боткина, хорошо знал его сыновей. На прошении Евгения Сергеевича при поступлении на службу в Мариинскую больницу он написал: «Лично зная г. Боткина, как прекрасно подготовленного и усердного молодого человека, ходатайствую об определении его на должность врача-интерна (на вакансию за отчислением врача Василевского, переведенного на должность медицинского инспектора в Уфу)». 28 октября 1895 г. Е.С.Боткин выступает с первым отчетом в больничном совещании врачей Мариинской больницы: «С 26 апреля нашего стиля по 9 сентября я прожил в Берлине и был свидетелем того, как много там работают и во время семестра и в каникулярное время, как умеют там сочетать ежедневную практическую работу с постоянными научными лабораторными занятиями, как развита там потребность в научном движении вперед, в постоянном расширении своих практических и теоретических знаний. Конечно, и там на всю огромную массу работающих выпадает известный процент работников недобросовестных». 12 мая 1897 г. он получает звание приват-доцента ИВМА по внутренним болезням с клиникой, а с октября 1897 г. с разрешения директора Мариинской больницы Е.В. Павлова начинает читать лекции для студентов ИВМА. С 19 ноября 1897 г. Е.С.Боткин назначается сверхштатным врачом амбулаторной лечебницы Свято-Троицкой общины сестер милосердия РОКК с оставлением на службе в Мариинской больнице для бедных. 27 ноября 1898 г. Совет Управления общины Святого Георгия постановил избрать на вакантную должность Главного врача общины и. д. старшего врача Мариинской больницы для бедных Е.С.Боткина. Предложение было представлено на утверждение Императрице Марии Федоровне. На запросе сестры-настоятельницы баронессы В.Е.Врангель: «Нет ли препятствий со стороны Мариинской больницы?» директор больницы Е.В.Павлов написал: «Препятствий нет». Е.С.Боткин возглавлял Общину до назначения его лейб-медиком в 1908 г.

Каждый из врачей-выпускников Военно-медицинской академии, работавших в Мариинской больнице для бедных оставил свой след не только в истории больницы, но и в истории российской медицины. В их числе Николай Иванович Брюханов, Василий Иванович Давыдов, Ристо Грифанович Жераич, Парфений Павлович Лампсаков, Григорий Иванович Мачихин, Александр Николаевич Мокеев, Варфоломей Федорович Петров, Константин Митрофанович Солонцев, Алексей Лаврентьевич Степанов, Василий Гаврилович Ушаков, Анатолий Дмитриевич Чижов, Сергей Петрович Шуенинов, Евгений Рудольфович Эйхгольц.

На протяжении более двух веков одной из особенностей Мариинской больницы является уникальное сочетание богатого практического и научного опыта. В настоящее время в Мариинской больнице продолжают традиции, заложенные поколениями её сотрудников. Больница является клинической базой ведущих учебных и научных учреждений Санкт-Петербурга.

О ПОДГОТОВКЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНОГО СПРАВОЧНИКА «ОБЩИНЫ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ (1844–1917)»

Козловцева Е.Н.

Православный Свято-Тихоновский гуманитарный университет, Москва

На Историческом факультете ПСТГУ на протяжении 15 лет проводится работа по изучению истории русских общин сестер милосердия. За это время был подготовлен целый ряд научных публикаций, ежегодно проводится тематическая секция международной научной конференции. В настоящее время силами преподавателей и студентов факультета реализуется проект по созданию фундаментального Справочника, включающего максимально подробную информацию обо всех общинах сестер милосердия, существовавших в Российской империи в середине XIX – начале XX веков.

Проект предполагает подробное описание 135 общин сестер милосердия Российской империи с момента основания первой в 1844 году до революции 1917 года, завершившей историю данного общественного института. В словарных статьях будет собрана и систематизирована фактическая информация о деятельности общин, включая даты их основания и закрытия, имена попечителей, благотворителей, врачей и сестер милосердия, сведения о финансовом положении, медицинских учреждениях и многое другое. Справочник будет предварен историографическим и источниковедческим обзорами проблемы и статьями, содержащими описание структуры организации общин и очерки истории общин и Российского Красного Креста, в подчинении которого они находились. Данное обобщающее исследование может стать необходимой информационной базой для современных исследователей, занимающихся гендерной историей, проблемами российской благотворительности, Красного Креста и женского медицинского образования.

Общины представляли из себя первые женские общественные организации, возникшие из потребностей российского общества в профессиональном уходе за больными в мирное и военное время. Общины стали одним из первых общественных институтов, способствовавших становлению гражданского общества в России в эпоху Великих реформ, а также способом реализации прав женщин в условиях императорской России на активную общественную деятельность и медицинское образование при непосредственной активной поддержке Российского Общества Красного Креста, находившегося под покровительством лиц императорской фамилии.

Данное исследование является актуальным для современного российского общества, в котором возрождаются традиции благотворительности, поэтому общины могут рассматриваться как модели по реализации социальных инициатив.

МОРФОТИП АУТОРОЗЕТОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Коричкина Л.Н., Комаров И.И., Вилкова Ю.В., Романова Н.П.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России
ГБУЗ «Областная клиническая больница», г. Тверь

У больных артериальной гипертонией (АГ) в периферической крови изменяются межклеточные соотношения и выявляются клеточные ассоциации, состоящие из розеткообразующего лейкоцита и плотно прикрепленных к нему трех и более эритроцитов (Э). При этом их частота и морфотип зависит от степени тяжести заболевания, его осложнений и лекарственной терапии.

Цель исследования - определить морфотип ауторозеток и их частоту в периферической крови у больных АГ III стадии неосложненной и осложненной ишемическим инсультом (ИИ) на фоне показанной лекарственной терапии.

Материал и методы. Обследовано 223 больных АГ (мужчин - 100, женщин - 123, средний возраст 65,5 года), из них 121 (мужчин - 61, женщин - 60, средний возраст 63,9 года) больной неосложненной АГ и 102 (мужчин - 39, женщин - 63, средний возраст 67,1 года) осложненной ИИ. Диагноз был верифицирован на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных. Все пациенты получали показанную лекарственную терапию. У больных определяли количество ауторозеток в мазках крови (окраска по Романовскому-Гимзе), за ауторозетку принимали клеточное образование, состоящее из лейкоцита (Л) с плотно прикрепленными к их поверхности тремя и более Э, подсчитывали ауторозетки с лизисом Э. Морфотип ауторозеток определяли по типу розеткообразующей клетки. Контрольную группу составили 44 здоровых лица (мужчин - 21, женщин - 23, средний возраст 47,45 года). Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. У обследованных КГ общее число ауторозеток составило $0,75 \pm 0,21$ (на 100 Л), из них ауторозеток с лизисом - 53%. Ауторозетки в основном образовывали нейтрофилы (НАР, 81,0%), менее часто моноциты (МАР, 19,0%).

У больных АГ III стадии без ИИ общее число ауторозеток составило $14,1 \pm 4,5$ ($p=0,001$), из них ауторозеток с лизисом Э - 29,3% ($p=0,009$). Преобладали НАР (80,7%), реже отмечались МАР (16,3%). Появлялись ауторозетки, образованные эозинофилами (3,0%).

У больных АГ, осложненной ИИ общее число ауторозеток составило $18,33 \pm 3,8$ (все $p=0,001$), из них с лизисом Э - 34,2% (по отношению к КГ $p=0,049$). Доминировали НАР (44,2%), реже отмечались МАР (14,7%). Эозинофильные ауторозетки не выявлялись. Впервые обнаружены ауторозетки, образованные палочкоядерными нейтрофилами (ПАР, 7,0%), базофилами (БАР, 5,0%) и тромбоцитами (ТАР, 29,1%). При тяжелой степени ИИ количество ауторозеток увеличивалось ($23,4 \pm 5,1$) в 1,3 раза ($p=0,001$) за счет тромбоцитарных АР.

Выводы:

1. У здоровых лиц в крови отмечались единичные ауторозетки, в основном нейтрофильные и существенно реже моноцитарные.
2. У больных неосложненной АГ III стадии на фоне существенного увеличения общего числа ауторозеток, наиболее часто выявляются нейтрофильные ауторозетки, затем моноцитарные, и впервые отмечаются эозинофильные ауторозетки.
3. При ИИ у больных АГ III стадии в крови, помимо нейтрофильных, моноцитарных и эозинофильных ауторозеток, впервые появляются палочкоядерные ауторозетки, базофильные и ауторозетки, образованные тромбоцитами, что было, вероятно, обусловлено активной воспалительной реакцией в мозговой ткани и нарушением тромбообразования.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПИТАТЕЛЬНЫЙ СТАТУС ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ, ОЦЕНЕННЫЙ С ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Д.М. Крутько, Мазуренко С.О.

*Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней.*

Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования:

Изучить влияние возраста, пола и продолжительности терапии на показатели питательного статуса у пациентов, получающих длительную терапию гемодиализом, на основании изучения рутинных биохимических показателей, используемых при оценке питательного статуса.

Материалы и методы:

В исследование включено 77 пациентов с ХБП, средний возраст $54 \pm 13,5$ лет. Обследование больных включало определение рутинных биохимических показателей плазмы крови, таких как альбумин, уровень холестерина, холестерин липопротеидов высокой плотности, уровень триглицеридов, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды очень низкой плотности.

Результаты:

Все пациенты были разбиты на группы соответственно общепринятой периодизации: молодой возраст (от 20 до 40 лет), зрелый (от 40 до 60 лет), пожилой (старше 60 лет). Использование однофакторного дисперсионного анализа позволило установить, что увеличение уровня триглицеридов ($p=0,003$), уровня липопротеидов низкой плотности ($p=0,027$), уровня липопротеидов очень низкой плотности ($p=0,027$) тесно связано с увеличением возраста пациентов. Среди групп наблюдались различия в значении коэффициента атерогенности ($p=0,05$). Статистически значимых различий в значениях определяемых биохимических показателей в зависимости от пола найдено не было. Не было найдено статистических значимых различий в уровне липидных фракций и альбумина плазмы между группами пациентов с разной продолжительностью диализа (1 группа – 1-3 года, 2 группа – 4-7 лет, 3 группа – 8 лет гемодиализной терапии и более).

Выводы: Изменения биохимических показателей питательного статуса у гемодиализных пациентов с возрастом сходны с таковыми в общей популяции, пол и продолжительность диализа статистически значимого влияния на лабораторные показатели питательного статуса не имеют.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОИМПЕДАНСМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ, В СВЯЗИ С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ТЕРАПИИ.

Д.М. Крутько, Мазуренко С.О.

*Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней.*

Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Изучить количественные изменения состава тела и объемов жидкостных секторов в зависимости от продолжительности хронической заместительной почечной терапии (ЗПТ), на основании изучения данных биоимпедансометрии, используемых при оценке состава и питательного статуса гемодиализных пациентов.

Материалы и методы: В исследование включено 81 пациент с ХБП 5 стадии, средний возраст $53,9 \pm 13,7$ лет. Пациенты были обследованы с применением аппаратов Диамант-АИСТ и Bosch PPW5310. Обследование больных включало в себя определение общего объема жидкости, объема внеклеточной жидкости, объема внутриклеточной жидкости, объема плазмы, безжировой массы тела, объема свободной воды, жировой массы, сухой массы тела. Кроме того проводилось измерение массы тела после процедуры диализа, измерение роста, измерение окружности запястья. На основе антропометрических измерений рассчитывался индекс массы тела.

Результаты: Все пациенты были разбиты на две группы: продолжающие получать заместительную почечную терапию и выбывшие из наблюдения в связи со смертью. Был выполнен поиск корреляций между продолжительностью получения заместительной терапии и показателями состава тела, объемами жидкостных секторов. В группе пациентов, получающих ЗПТ была установлена взаимосвязь между продолжительностью ЗПТ и значением индекса массы тела (коэффициент корреляции Пирсона $-0,286$, $p < 0,05$). В связи с небольшим количеством пациентов, прекративших терапию в связи со смертью ($N=17$), для поиска корреляций в этой группе был использован расчет рангового коэффициента корреляции Спирмена. Была обнаружена связь между продолжительностью ЗПТ и объемом общей жидкости ($r_s = -0,6$), объемом внеклеточной жидкости ($r_s = -0,614$), объемом внутриклеточной жидкости ($r_s = -0,624$), безжировой массой ($r_s = -0,558$), объемом свободной воды ($r_s = -0,558$), жировой массой ($r_s = -0,486$), сухой массой тела ($r_s = -0,564$). Не было найдено статистически значимых корреляций в между продолжительностью ЗПТ и составом тела, объемом жидкостных секторов в группе пациентов, получающих ЗПТ в настоящее время.

Выводы: Изменения состава тела и жидкостных секторов в группе пациентов, прекративших получать ЗПТ в связи со смертью, отражают нарушение питательного статуса и выраженные нарушения в распределении жидкости организма в различных компартментах. Найденная взаимосвязь значений ИМТ и продолжительности ЗПТ в группе пациентов, продолжающих получать ЗПТ, указывает на наличие еще не выявленных изменений в каком-либо компартменте тела.

ОЦЕНКА ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПО ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ИСХОДА.

Д.М. Крутько, Мазуренко С.О.

*Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней.*

Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Исследовать питательный статус и обнаружить признаки воспаления среди пациентов, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ) в зависимости от характера исхода (продолжает получать ЗПТ/прекратил получать ЗПТ в связи со смертью) на основании изучения рутинных биохимических показателей, используемых при оценке питательного статуса и определении наличия воспаления.

Материалы и методы: В исследование включено 81 пациент с ХБП, средний возраст $53,9 \pm 13,7$ лет. Обследование больных включало определение рутинных биохимических показателей плазмы крови, таких как альбумин, уровень холестерина, холестерин липопротеидов высокой плотности, уровень триглицеридов, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды очень низкой плотности, определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), расчет коэффициента атерогенности.

Результаты: Все пациенты были разбиты на две группы: продолжающие получать ЗПТ и прекратившие получать ЗПТ в связи со смертью (N=15). Использование непарного (двухвыборочного) t-критерия позволило обнаружить разницу между двумя группами в значении холестерина липопротеидов высокой плотности с более высоким значением в группе прекративших получать лечение в связи со смертью ($p < 0,05$) и в значении СОЭ с более высоким значением в группе прекративших получать лечение в связи со смертью ($p < 0,05$). Была предпринята попытка обнаружения корреляций между продолжительностью ЗПТ и вышеуказанными биохимическими показателями в обеих группах. Расчет коэффициента корреляции Пирсона, позволил выявить взаимосвязь между продолжительностью ЗПТ и уровнем липопротеидов низкой плотности в группе прекративших получать лечение в связи со смертью ($r = -0,54$, $p < 0,05$).

Выводы: В группе прекративших получать лечение в связи со смертью был отмечен более высокий уровень СОЭ, что указывает на большую выраженность и распространенность хронического воспаления в этой группе, что согласуется с накопленными данными о значении хронического воспаления на смертность гемодиализных пациентов. В этой же группе отмечено повышение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности и отрицательная корреляция между продолжительностью ЗПТ и уровнем липопротеидов низкой плотности. Эти данные нуждаются в уточнении.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С БЛАГОТВОРИТЕЛЯМИ НА ПРИМЕРЕ ГОЛИЦЫНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Крылова Е. В.

Музей истории общин сестёр милосердия, Московская Свято-Димитриевская община сестёр милосердия, Свято-Димитриевское училище сестёр милосердия
Департамента Здравоохранения, г. Москва

Традиции благотворительности как идейная основа создания больницы

История учреждения Голицынской больницы. Духовное завещание Д.М.Голицына. Указ Императрицы Екатерины II. Закладка и строительство больницы под руководством Баженова В.И.и Казакова М.Ф.

Вклад в открытие больницы царствующей династии Романовых. Присутствие Александра I и императрицы Марии Федоровны на освящении Больницы во имя Св. Благоверного Царевича князя Дмитрия.

Директора больницы – организаторы благотворительной деятельности

Династия главных директоров больницы (князь А.М.Голицын, князь С.М.Голицын, князь М.А. Голицын, князь М.Ф.Голицын, князь С.М.Голицын).

Участие директоров больницы во взаимодействии с благотворителями в рамках финансовой, административной и хозяйственной деятельности больницы.

Деятельность главных врачей и их взаимодействие с благотворителями больницы

Е.О. Мухин (1802-1810). А.А. Альбини (1810-1825). М.А. Маркус (1825-1837). А.И. Блументаль (1837-1859). И.И. Сейделер (1859-1875). Н.И.Стуковенков (1875-1895). К.Х.Иноевс (1895-1898). Деятельность выдающегося деятеля медицины С.Ф. Дерюжинского на посту главного врача больницы (1898-1912), развитие больницы.

Особенности работы младшего медицинского персонала в контексте благотворительной деятельности больницы

Основная идея больницы – бесплатное лечение представителей всех слоев населения, национальностей и вероисповеданий. С этим была связана и специфика работы младшего медицинского персонала - сестринский медицинский персонал в основном составляли так называемые «сердобольные», не имевшие медицинского образования, и не умевшие читать и писать.

Работа «сердобольных» и фельдшеров по уходу за больными и ранеными. Замена их в 1912 году сестрами милосердия московских общин. Работа сестер милосердия московской общины «Утоли моя печали» и сестёр милосердия общества Красного Креста.

Заключение

Сохранение исторической памяти о благотворительности в медицине. Современный опыт сочетания благотворительности и медицины. Распространение опыта среди общественности и медицинского сообщества. Возрождение служения сестер милосердия. Создание в 1991 году Свято-Димитриевского сестричества (одного из первых в России) и Свято-Димитриевского училища сестёр милосердия.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С БЛАГОТВОРИТЕЛЯМИ НА ПРИМЕРЕ ГОЛИЦЫНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Крылова Е.В.

Музей истории общин сестёр милосердия, Свято-Димитриевское училище сестёр милосердия Департамента здравоохранения, г. Москва

Традиции благотворительности как идейная основа создания больницы.

Учреждение Голицынской больницы базировалось на основании духовного завещания Д.М.Голицына, подкрепленного соответствующим указом Императрицы Екатерины II. С самого начала основной идеей больницы было оказание медицинской помощи тем людям, у кого не было возможности платить за лечение.

Представители династии Романовых регулярно принимали участия в делах милосердия и играли существенную роль в строительстве и открытии Голицынской больницы. Закладка и строительство больницы производилось под руководством Баженова В.И. и Казакова М.Ф.. Ключевым моментом возведения больницы было личное присутствие Александра I и императрицы Марии Федоровны на освящении Больницы во имя Св. Благоверного Царевича князя Дмитрия.

Директора больницы – организаторы благотворительной деятельности

В династию главных директоров больницы входили выдающиеся деятели XVIII века: князя А.М.Голицын, С.М.Голицын, М.А.Голицын, М.Ф.Голицын, С.М.Голицын. Участие директоров больницы во взаимодействии с благотворителями являлось основой для финансовой, административной и хозяйственной деятельности больницы.

Кроме директоров больницы многое в работе больницы зависело от личности главного врача, а также характере их взаимодействия с благотворителями больницы. Среди плеяды главных врачей нужно назвать Е.О. Мухина (1802-1810), А.А. Альбини (1810-1825), М.А. Маркуса (1825-1837), А.И. Блументаля (1837-1859), И.И. Сейделера (1859-1875), Н.И.Стуковенкова (1875-1895), К.Х.Иноевса (1895-1898).

Отдельного упоминания заслуживает деятельность выдающегося деятеля медицины С.Ф.Дерюжинского на посту главного врача больницы (1898-1912). В этот период мы наблюдаем уникальное развитие больницы.

Особенности работы младшего медицинского персонала в контексте благотворительной деятельности больницы

Основная идея больницы – бесплатное лечение представителей всех слоев населения, национальностей и вероисповеданий. С этим была связана и специфика работы младшего медицинского персонала: сестринский медицинский персонал в основном составляли так называемые «сердобольные», не имевшие медицинского образования, и не умевшие читать и писать.

Со временем вместо «сердобольных» и фельдшеров по уходу за больными и ранеными произошла замена их (в 1912 году) сестрами милосердия московских общин. Отдельного упоминания заслуживает работа сестер милосердия московской общины «Утоли моя печали» и сестёр милосердия общества Красного Креста.

Заключение

Сохранение исторической памяти о благотворительности в медицине. Современный опыт сочетания благотворительности и медицины. Распространение опыта среди общественности и медицинского сообщества. Возрождение служения сестер милосердия. Создание в 1991 году Свято-Димитриевского сестричества (одного из первых в России) и Свято-Димитриевского училища сестёр милосердия.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Лейнеман Я.А., Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт Петербург

В настоящее время оценка качества жизни пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) является важным компонентом обследования и динамического наблюдения на фоне терапии пациентов с СКВ. Поражение дыхательной системы при СКВ встречается чаще, чем при других заболеваниях соединительной ткани и оказывает значимое влияние на прогрессирование инвалидизации и уменьшение продолжительности жизни.

Цель работы: изучить влияние патологии дыхательной системы на качество жизни пациентов с СКВ.

Методы: Проспективное исследование качества жизни пациентов с СКВ с различными органами поражения было проведено в ревматологическом отделении Клиники им. Э.Э. Эйхвальда в период с сентября 2013 до января 2015. Проводилась оценка активности заболевания с помощью Systemic lupus erythematosus disease activity index в модификации SELENA, индекса повреждения Systemic Lupus Collaborating Clinics (SLICC), для функциональная оценка усталости - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)-Fatiguescale и общего статуса - Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOSSSF-36). Для оценки выраженности одышки использовались шкала Medical Research Council (MRC) и Baseline Dyspnea Index (BDI). Данные были проанализированы с помощью корреляционного рангового коэффициента в программе Statistica StatSoft 10.

Результаты: 42 женщин и 8 мужчин в возрасте от 19 до 68 лет с установленным согласно критериям ACR диагнозом СКВ, с высокой степенью активности заболевания (индекс SLEDAI-SELENA=15+/-2.4) и длительностью заболевания 7+/-2.1 лет были комплексно обследованы. Согласно преобладающей патологии в картине СКВ выделены группы: 14 пациентов с преимущественным поражением нервной системы, 10 пациентов с поражением опорно-двигательного аппарата, 19 пациентов с поражением дыхательной системы, 7 пациентов с поражением почек. В группе пациентов с бронхолегочной патологией верифицированы: в 4 случаях – плевриты, 5 случаях – легочный пневмонит, 6 – пневмофиброз, 4 – изолированное снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). У пациентов с поражением дыхательной системы физический компонент здоровья был достоверно ниже, чем у пациентов с опорно-двигательной патологией ($p=0,047$); психический компонент достоверно ниже, чем у пациентов с поражением центральной нервной системы ($p=0,039$); а показатель шкалы усталости ниже, чем у пациентов с поражением почек ($p=0,042$). Значимые коэффициенты корреляции ($p<0,05$) обнаружены между снижением физического компонента и жизненной емкостью легких ($r_s=0,689$) и грациями одышки ($r_s=0,734$). Активность заболевания имеет наиболее сильный эффект на качество жизни ($p=0,028$), чем возраст пациентов, длительность заболевания и индекс повреждения. Обращает внимание связь между снижением диффузионной способности легких и ограничением жизнеспособности ($r_s=0,896$) и социального функционирования ($r_s=0,835$) у пациентов без установленной лучевыми методами патологии органов грудной клетки. Что в свою очередь сопровождалось прекращением повседневной физической активности (2 степень функциональных нарушений по шкале BDI) и последующей более низкой самооценкой психического здоровья.

Заключение: Несмотря на широкий спектр бронхолегочной патологии при СКВ от изолированных функциональных изменений вплоть до неотложных и жизнеугрожающих ситуаций полученные данные свидетельствуют о том, что именно вовлечение дыхательной системы приводит к значимому изменению качества жизни таких пациентов и требует модификации тактики их ведения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, СТРАДАЮЩИХ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Леушина Е.А., Михалицына М.Н., Чукаев Д.Ю.

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Цель: Оценить качество жизни пациентов стоматологического профиля, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: Было обследовано 60 пациентов. Из них 30 человек с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС), находившиеся на стационарном лечении в клинической больнице и 30 пациентов без патологии ССС. Средний возраст в группах составил $56,6 \pm 1,8$ и $58,2 \pm 2,2$ года ($p < 0,05$). Группы сопоставимы по полу. Обследование каждого пациента включало в себя анкетирование с опросником оценки качества жизни пациентов стоматологического профиля – the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Для оценки различия между двумя выборками использовали критерий Манна – Уитни.

Полученные результаты: В ходе анализа результатов основной и контрольной группы выявлены: сложности с произношением слов из-за проблем с зубами, ртом или с зубными протезами в 60,2% и 58% случаев соответственно ($p = 0,42$); Ухудшение вкуса в 36% и 15,8% соответственно ($p = 0,03$); Болевые ощущения во рту 70,4% и 54,7% соответственно ($p = 0,008$); Неудобства при употреблении пищи в 69,3% и 60% соответственно ($p = 0,63$); Чувство неловкости из-за проблем с зубами 76% и 51,5% соответственно ($p = 0,035$); Напряжение и неуверенность 53,2% и 23% соответственно ($p = 0,04$); неполноценное питание 69,2% и 62,7% случаев ($p = 0,53$); Необходимость заканчивать прием пищи 35,9% и 32,4% соответственно ($p = 0,48$); Ощущение трудностей во время отдыха 78% и 40,2% соответственно ($p = 0,028$); Смущение из-за проблем с зубами 30% и 27% соответственно ($p = 0,8$); появление раздражительности с другими людьми 43% и 15,2% соответственно ($p = 0,045$); Ощущение трудностей при выполнении работы 27,4% и 10% соответственно ($p = 0,041$); Появление ощущения неудовлетворенности своей жизнью 26,5% и 20,2% соответственно ($p = 0,78$); Ощущение того, что жизнь в целом не устраивает 44,5% и 23% соответственно ($p = 0,043$).

Вывод: Таким образом полученные данные свидетельствуют о том, что качество жизни пациентов стоматологического профиля с патологией ССС ниже, чем у пациентов, не имеющих кардиологических заболеваний. Достоверно значимыми являются ухудшение вкуса, болевые ощущения в ротовой полости, чувство неловкости из-за проблем с зубами, неуверенность, ощущение трудностей во время отдыха, появление раздражительности, ощущение трудности при выполнении работы и неудовлетворенность жизнью в целом. Данные факторы необходимо учитывать врачам-клиницистам, так как они существенно снижают качество жизни кардиологических пациентов в целом.

КОМПЛАЕНС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Леушина Е.А.¹, Бетехтина С.Н.², Кашина Н.А.²

Кировская государственная медицинская академия, Киров¹

Отделенческая клиническая больница на станции Киров «ОАО РЖД», Киров²

Цель исследования: Оценить комплаенс у пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, выяснить причины несоблюдения рекомендаций.

Материалы и методы: Проанкетировано 50 пациентов с подтвержденным при помощи эндоскопических, рентгенологических и морфологических исследований диагнозом хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит. Все пациенты проходили стационарное лечение в терапевтической клинике. Пациенты разделены на 4 группы: 1 группа- 27 пациентов с хроническим гастритом, 2 группа- 20 пациентов с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки, 3 группа - 3 пациента с неспецифическим язвенным колитом. Средний возраст пациентов - $38 \pm 13,6$ лет.

Результаты: Выявлено, что в группе пациентов с хроническим гастритом приверженность к лечению составила 66%, у пациентов с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки – 85%, с неспецифическим язвенным колитом- 33%. Среди причин, приводящих к снижению комплаенса у всех групп пациентов, преобладало изменение схемы другим врачом в 50% случаев. Так же, причинами, снижающими комплаенс, являются: отсутствие постоянного амбулаторного наблюдения лечащим доктором в 30% случаев, неэффективность терапии в 7%, высокая стоимость препаратов в 60%, недостаточная информированность пациентов о заболевании в 3% случаев. Выявлено, что 50% пациентов оценивают свою информированность о заболевании, как частичную. По мнению пациентов, среди мер по улучшению приверженности к лечению в 25% случаев превалирует более частый амбулаторный контакт с врачом, в 50%- снижение стоимости препаратов. Менее эффективными являются создание школ для пациентов- 20% и создание сайтов- 5% случаев.

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод, что наибольший комплаенс достигнут у пациентов с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки, наименьший- с неспецифическим язвенным колитом. Среди причин снижения комплаенса преобладали высокая стоимость препаратов и отсутствие постоянного амбулаторного наблюдения лечащим врачом. Коррекция данных факторов, по мнению пациентов, приведет к более высокой приверженности к лечению.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Леушина Е.А., Кононова Н.В., Норина А.Л.

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Цель исследования: Оценить состояние пародонта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 20 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находившиеся в кардиологическом стационаре. Всем пациентам был произведен стандартный стоматологический осмотр с определением стандартных стоматологических индексов КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума), РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, для оценки степени тяжести гингивита). После осмотра были даны рекомендации по необходимому гигиеническому уходу за полостью рта.

Результаты: В результате проведенного стоматологического осмотра патология пародонта была обнаружена у 85% обследуемых. Более половины пациентов (60%) имели жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов. Жалобы на боли от различных раздражителей предъявили 30% обследуемых. При проведении индексной оценки получены следующие результаты: Средний уровень КПУ составил 15,9, что свидетельствует о низкой распространенности кариеса в данной группе обследованных. Средний уровень РМА составил $23,62 \pm 2,9$, что указывает на наличие легкой степени гингивита у большинства обследованных пациентов. У 75 % пациентов была выявлена первая и вторая степень кровоточивости десен.

Выводы: Таким образом, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, выявляются выраженные воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта. Это необходимо учитывать и рекомендовать более тщательный гигиенический уход за полостью рта у данной категории пациентов.

АКТИВАЦИЯ ДЕПРЕССОРНЫХ ВАЗОАКТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Логаткина А.В., Бондарь С.С., Собченко А.А., Терехов И.В.
Тульский государственный университет», Тула

Актуальность проблемы повышения эффективности медикаментозной терапии артериальной гипертензии (АГ), определяется с одной стороны высокой медико-социальной значимостью данной патологии, а с другой – экономическими вопросами. Многогранная этиология и патогенез данной патологии, определяют недостаточно высокий контроль над проявлениями заболевания с использованием современных лекарственных средств. Таким образом, в настоящее время сохраняется высокая актуальность привлечения в клинику новых методов лечения и реабилитации пациентов с АГ. Представляется перспективным применение для этой цели низкоинтенсивной терапии микроволновым излучением нетепловой мощности, способной активировать внутриклеточные сигнальные системы, такие как JAK/STAT, AKT/mTOR, определяющих клеточную реактивность.

Цель работы. Изучение возможности активации вазодилатирующих механизмов у больных с первичной АГ путем воздействия на внутриклеточные сигнальные системы низкоинтенсивным СВЧ-излучением частотой 1000 МГц.

Материалы и методы. В исследование включено 120 пациентов обоего пола в возрасте 45-55 лет (средний возраст $51,5 \pm 2,5$ года) с эссенциальной АГ II-III стадии (средняя длительность заболевания – $10,8 \pm 2,2$ года). В ходе рандомизированного контролируемого клинического исследования были сформированы две группы пациентов. Рандомизации пациентов осуществлялась с использованием генератора случайных нормально распределенных чисел программы Microsoft Excel. Пациенты основной группы получали только медикаментозное лечение. Пациенты 2-й группы наряду с лекарственной терапией на протяжении всего курса лечения, ежедневно в утренние часы (с 9-00 до 10-00) дополнительно к назначенным лекарственным препаратам получали физиотерапию низкоинтенсивным дециметровым излучением аппаратом Акватон-02 (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/10939). Физиотерапевтическое воздействие электромагнитными волнами частотой 1000 МГц мощностью 0,1 мВт проводилось ежедневно в проекции затылочной области в положении лежа на спине в течение 20 минут. В сыворотке крови определяли концентрацию ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), его ингибитора (иАПФ), ангиотензина (АТ) II, эндотелина, рецепторов 1-го типа к АТ-II (рАТII), NO. Так же определяли уровень С-реактивного белка высокочувствительным методом (hsCRP). Статистический анализ проводился в программе Statistica 7.0 (StatSoft, США). Для сравнения межгрупповых различий исследуемых показателей использовался непараметрический тест – Т-критерий Уилкоксона.

Результаты. Обследованы 120 мужчин ($51,5 \pm 2,5$ года) с артериальной гипертензией II-III стадии, в состав комплексной терапии которых с первых суток пребывания в клинике была включена физиотерапия низкоинтенсивным дециметровым излучением частотой 1000 МГц мощностью 0,1 мВт. На фоне курса лекарственной терапии наблюдалось статистически значимое повышение уровня NO на 12,4% ($p = 0,039$) и АПФ на 11,8% ($p = 0,05$). Спустя месяц после проведенного лечения отмечено снижение концентрации растворимой формы рецепторов 1-го типа к АТ-II на 22,4% ($p = 0,017$). В группе пациентов, получавших дополнительно физиотерапию, отмечалось снижение активности ренина на 19,3% ($p = 0,021$), рАТ-II на 18,8% ($p = 0,023$). Спустя месяц у таких больных отмечалось дальнейшее понижение концентрации рАТ-II на 52,8% ($p = 0,001$), АПФ на 12,3% ($p = 0,037$), АТ-II на 13,4% ($p = 0,033$), уровня эндотелина на 10,7% ($p = 0,051$), а hsCRP на 13,2% ($p = 0,044$). Кроме того отмечался рост концентрации NO на 11,4% ($p = 0,05$).

Выводы. Сочетание медикаментозной и микроволновой терапии сопровождается более выраженным противовоспалительным эффектом, способствует стимуляции депрессорных механизмов регуляции сосудистого тонуса, оказывает более выраженное нормализующее влияние на проявления эндотелиальной дисфункции. При этом улучшению показателей эндотелиальной функции, в частности усилению продукции NO и снижению эндотелина, предшествует снижение концентрации СРБ, отражающее противовоспалительное действие излучения.

СОСТОЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИХ КОРРЕКЦИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ МЕТОДАМИ

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

Тульский государственный университет», Тула

В Российской Федерации заболевания сердечно-сосудистой системы ежегодно являются причиной смерти более чем миллиона человек. Основное место в структуре смертности от сердечно-сосудистой патологии занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Одной из причин, обуславливающей формирование у больных ИБС метаболических нарушений, является дисрегуляция внутриклеточных молекулярных механизмов поддержания гомеостаза. В этих условиях, использование одних лишь медикаментозных технологий не приводит к достижению контроля над основными проявлениями заболевания, что определяет актуальность поиска новых факторов, способных активировать саногенные реакции на клеточном и организменном уровне, способных противодействовать развитию и прогрессированию заболевания. Одним из таких факторов, обладающих регулирующим влиянием на внутриклеточные сигнальные системы, определяющие формирование саногенных реакций, является низкоинтенсивное электромагнитное излучение частотой 1 ГГц (ЭМИ).

Цель работы. Оценка биологических эффектов низкоинтенсивного ЭМИ на продукцию клетками цельной крови больных ИБС вазоактивных факторов.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных с ИБС страдающих стенокардией напряжения II-III ФК в возрасте $57,1 \pm 3,7$ года, и 30 здоровых лиц в возрасте $53,2 \pm 5,5$ лет. Образцы венозной крови (2,0 мл) разделяли на контрольную и основную группы. Последнюю облучали в течение 45 минут ЭМИ частотой 1 ГГц ППЭ $0,05 \text{ мкВт/см}^2$ физиотерапевтическим аппаратом «Акватон»-02 (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/10939). Образцы инкубировали 24 часа при $t 37^{\circ}\text{C}$ с последующим определением в клеточном супернатанте концентрации ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), его ингибитора (иАПФ), ангиотензина (АТ) II, тканевого активатора плазминогена урокиназного типа (ТАП), активного ренина (аР), NO. Статистический анализ проводился в программе Statistica 7.0 (StatSoft, США). Для сравнения межгрупповых различий исследуемых показателей использовался непараметрический тест – Т-критерий Уилкоксона.

Результаты. У больных ИБС выявлен дисбаланс вазоактивных механизмов, проявляющийся снижением, в сравнении с контролем, продукции оксида азота (NO) на 14,1% ($p=0,06$), повышением уровня АТ-II на 136,2% ($p<0,001$), иАПФ на 28,9% ($p=0,01$), снижением аР на 16,0% ($p=0,013$), повышением АПФ на 0,8% ($p=0,7$), ТАП на 5,2% ($p=0,04$). Эффекты облучения проявлялись повышением уровня NO на 26,7% ($p<0,001$), иАПФ на 2,2% ($p=0,37$) и ТАП на 4,8% ($p=0,051$).

Выводы. Под влиянием облучения у больных ИБС происходит активация саногенетических программ, сопровождающаяся сдвигом баланса вазоактивных механизмов в сторону вазодилатации и нормализации фибринолитической активности плазмы. Оказывая системное воздействие на внутриклеточные сигнальные системы, СВЧ-излучение выступает в роли информационного сигнала, обеспечивающего синхронизацию молекулярных процессов в клетке, повышая эффективность работы механизмов регуляции артериального давления у больных ИБС.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУСТАВНОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ

Лукманова Л.З., Тюрин А.В., Талипова А.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Введение. Гипермобильность суставов (ГМС) – состояние, при котором амплитуда активных и/или пассивных движений в суставе превышает условную среднестатистическую норму. ГМС чаще всего рассматривается как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Патогенетические основы ГМС изучены недостаточно. Одним из факторов, влияющих на развитие ДСТ, является дефицит магния. Метаболизм магния у лиц с ГМС не исследовался.

Цель: оценить метаболизм магния у лиц молодого возраста с синдромом ГМС.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 студентов обоего пола в возрасте от 18 до 33 лет. ГМС определяли с помощью диагностических критериев Бейтона. Концентрации магния в сыворотке крови обследованных лиц определяли прямым колориметрическим методом с помощью диагностического набора фирмы Вектор-Бест (Россия) на автоматическом биохимическом анализаторе BioChemFC-360 (США). Обработка данных проводилась с помощью пакетов прикладных программ MSExcel, Statistica 6.0

Результаты и обсуждение. Из 70 обследованных студентов, ГМС была выявлена у 49 человек (70%). Концентрация магния в сыворотке крови у лиц с ГМС составила $0,63 \pm 0,1$ моль/л (Min - 0,37, Max - 0,9 моль/л); у лиц без ГМС – $0,77 \pm 0,11$ моль/л (Min - 0,61, Max - 1,01 моль/л). Референсные значения концентрации магния – 0,66 – 1,07 моль/л. Отмечается снижение концентраций ионов магния в сыворотке крови в группе с ГМС, различия достигли уровня статистической значимости ($U = 98,3$; $p < 0,001$). По результатам корреляционного анализа, отмечается наличие отрицательной корреляции умеренной степени между сывороточными концентрациями магния и выраженностью ГМС в баллах ($R = -0,41$; $p < 0,05$).

Выводы. 1. ГМС имеет большой удельный вес среди лиц молодого возраста. 2. Дефицит магния является, вероятно, является одним из факторов патогенеза ГМС, и влияет на выраженность данного состояния.

АНАЛИЗ СТАТУСА 25 (ОН) ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

**Мазуренко С.О., Ермолаева Л.Г., Старосельский К.Г., Енкин А.А., Мазуренко О.Г.,
Кулаева Н.Н.**

Санкт-Петербургский государственный университет
Клиническая больница №26

Ленинградская областная клиническая больница

Клиническая больница № 122 Федерального медико-биологического агентства России

Северо-западный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Санкт – Петербург

Введение. Нарушение нормального обмена витамина D у больных с хронической болезнью почек 5 стадии лежит в основе серьезных нарушений фосфорно-кальциевого обмена, метаболизма костей и сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. В настоящем исследовании была поставлена задача оценить концентрацию 25(ОН)D в плазме крови и ее влияние на показатели минеральной плотности костей у пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии, получающих лечение гемодиализом.

Методы исследования. Обследовано 84 пациента (средний возраст $48,4 \pm 12,5$) с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом (в среднем $73,2 \pm 43,3$ месяцев). В сыворотке определялись уровни 25(ОН)D, паратиреоидного гормона, активность щелочной фосфатазы. В качестве контрольной группы использованы показатели 25(ОН)D 78 пациентов с нормальной функцией почек, соответствующих основной группе по возрасту и полу, обследованных по поводу выявленных остеопении или остеопороза. У всех пациентов были оценены показатели минеральной плотности костей методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в трех стандартных отделах скелета. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы StatSoft Statistica v.6.0.

Результаты. Анализируя 25(ОН)D₃ в сыворотке, результаты разделили на 4 степени:

1. Дефицит витамина D: 25(ОН)D₃ от ниже 30 нмоль/л – 14,5% больных
2. от 30 до 49 нмоль/л – 40,5% больных
3. от 50 до 100 нмоль/л – 25%
4. Более 100 нмоль/л выявлено у 20% больных

Статистического достоверных различий содержания 25(ОН)D плазмы крови в контрольной и основной группах пациентов получено не было. Все рассматриваемые показатели продемонстрировали отрицательное влияние на показатели минеральной плотности кости. Отрицательное влияние концентрации 25(ОН)D на показатели минеральной плотности костей в выбранной популяции оказалось статистически недостоверным ($p > 0,05$). Однако при выполнении дисперсионного анализа самые низкие показатели МПК, оцененного по критерию Z выявлены в позвонках L1 – L4 выявлены в группе больных с концентрацией 25(ОН)D ниже 25 нмоль/л. При анализе отдельных клинических случаев у двух пациентов с уровнем 25(ОН)D в сыворотке ниже 25 нмоль/л были выявлены рентгенологические признаки деформации скелета, которые были характерны для остеомалации и остеопороза.

Выводы. Дефицит и недостаточность 25(ОН)D одинаково часто встречаются как в общей популяции, так и у пациентов с нормальной функцией почек и требует активной фармакологической коррекции. Отсутствие достоверного различия показателей 25(ОН)D в группах с нормальной и нарушенной функцией почек свидетельствует о значительной распространенности дефицита витамина D в общей популяции. Несмотря на то, что значение 25(ОН)D у больных с уремией еще потребует дальнейшего изучения, определение концентрации этого метаболита витамина D у больных с хронической болезнью почек может быть рекомендовано в ситуациях, когда вероятность его дефицита высока (отсутствие солнечной инсоляции, синдрома мальабсорбции и мальдигестии) или подозревается поражение костей, обусловленное дефицитом витамина D.

ОСТЕОПОРОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

Мазуренко С.О., Старосельский К.Г., Енькин А.А., Мазуренко О.Г.

Санкт-Петербургский государственный университет

Клиническая больница №26

Ленинградская областная клиническая больница

Клиническая больница № 122 Федерального медико-биологического агентства России

Санкт – Петербург

Хроническая болезнь почек в терминальной стадии приводит к тяжелому метаболическому поражению костей, которое нередко осложняется остеопорозом и переломами.

Цель. Изучить возможности современной денситометрии в оценке риска переломов больных, страдающих терминальной стадией хронической болезни почек, оценить диагностическое значение критериев T и Z трех отделов скелета, в оценке абсолютного и относительного риска переломов. Изучить влияние остеопороза на качество жизни и долгосрочный прогноз больных, получающих почечную заместительную терапию.

Материалы. В исследование включено 609 пациентов (307 мужчин и 302 женщины), средний возраст которых составил $43,9 \pm 12,3$ лет (от 18 до 79 лет). Все пациенты на момент включения в исследование были разделены на три основные группы: до начала диализа; пациенты, получавшие лечение гемодиализом различные сроки; пациенты с почечным трансплантатом. Минеральную плотность костей оценивали с использованием двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Для оценки качества жизни применялся общий вопросник EQ-5D. Для обработки данных применяли стандартный пакет программы прикладного статистического анализа "StatSoft Statistica v. 6".

Результаты. Из 516 больных, получающих лечение гемодиализом на момент завершения исследования переломы были зарегистрированы у 129 (25%) пациентов. Из 93 пациентов с почечным трансплантатом за период наблюдения переломы были зарегистрированы у 27 (29%). Абсолютный риск перелома увеличивался по мере снижения критериев T и Z. Многовариантный регрессионный анализ прогностической значимости клинических и денситометрических показателей выявил, что одновременное использование критерия T костей предплечья и позвонков L1-L4, в сочетании с общей длительностью гемодиализа, наиболее достоверно предсказывает риск переломов в группе больных, получающих лечение гемодиализом. В группе пациентов с трансплантатом оптимальной комбинацией оказалось одновременное использование критерия T позвонков L1-L4 и общей длительности гемодиализа. В ходе проспективного исследования (средний срок наблюдения $2,75 \pm 2,1$ года) из 516 больных, получавших лечение гемодиализом, смерть констатирована у 111 (21,5%). Анализ выживаемости методом Каплана-Мейера при анализе смертности от сердечно-сосудистой патологии показал достоверное ухудшение выживаемости в подгруппах больных с остеопенией, остеопорозом в сравнении с пациентами с нормальными показателями минеральной плотности костей. Исследование качества жизни больных показало, что у пациентов с остеопорозом, получающих лечение гемодиализом, преимущественно также страдала подвижность, способность ухода за собой, а также чаще появлялись жалобы на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$). У пациентов с трансплантатом и с остеопорозом страдала подвижность, привычная деятельность, отмечались жалобы на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$).

Заключение. Риска переломов у больных, получающих лечение гемодиализом увеличивается по мере снижения индексов T костей и увеличении длительности почечной заместительной терапии ($p < 0,001$). Остеопения и остеопороз у больных с хронической болезнью почек сочетается с высоким риском смерти от сердечно-сосудистой патологии. Наиболее высокой прогностической значимостью в отношении риска смерти от сердечно-сосудистой патологии обладает критерий T бедренной кости ($p < 0,001$). Остеопороз оказывает отрицательное влияние на показатели качества жизни больных всех этапах лечения, от подготовки к почечной заместительной терапии до трансплантации почки, преимущественно влияя на подвижность пациентов, способность ухода за собой, а также на боль, тревогу и депрессию ($p < 0,05$).

ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПОЛИМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Малоземова В.А.

Санкт-Петербургский Государственный Университет,
Санкт-Петербург

В общей заболеваемости современного больного множественные очаги хронической инфекции занимают особое место. Сложившаяся в современной медицине разобщенность узких специальностей не позволяет врачам эффективно объединять свои усилия в борьбе с полифокальной хронической инфекцией. Множественная очаговая инфекция усугубляет срыв адаптационных и защитных механизмов, как неспецифических, так и иммунологических.

Цель: Определить роль макро- и микроэлементов в иммунопатогенезе множественной хронической очаговой инфекции. Изучить особенности иммунологического статуса и неспецифической резистентности организма, изучить особенности иммунологического статуса и неспецифической резистентности организма у часто и длительно болеющих больных с множественными хроническими очагами инфекции в сопоставлении с распределением макро и микроэлементов во вне- и внутриклеточных средах.

Материалы и методы: Обследованы полиморбидные пациенты с неспецифическими заболеваниями органов дыхания. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, которое включало: общеклинические методы, количественное определение С-реактивного белка в сыворотке крови, оценка показателей тиоловых соединений крови, определяли присутствие важнейших микро- макроэлементов во вне- и внутриклеточных средах, всем пациентам проводилось углубленное иммунологическое исследование. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета SPSS 16.0. Данные представлены в табличной форме, приводились в виде средних значений \pm ошибка среднего. Для проверки однородности групп использовался критерий Фишера дисперсионного анализа: одно-, двухфакторного и для зависимых наблюдений.

Результаты и выводы: При обследовании пациентов выявлен дефицит в крови серы и дисбаланс ее распределения в пользу окисленных структур в системе тиоловых соединений. Оценка тиол-дисульфидного отношения дает функциональную характеристику окислительно-восстановительного метаболизма, дезорганизация которого ведет к неспецифическому клеточному повреждению. Иммунологическое состояние у часто и длительно болеющих пациентов с множественными хроническими очагами инфекции характеризуется нарушением всех звеньев иммунитета и неспецифической резистентности организма. Полиморбидные больные с неспецифическими заболеваниями легких нуждаются в комплексном обследовании с целью сопоставления иммунологических сдвигов, формирующих вторичное иммунодефицитное состояние.

ОЦЕНКА ГОМЕОСТАЗА SH ГРУПП КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ОБЩЕГО УРОВНЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Малоземова В.А.

Санкт-Петербургский Государственный Университет,
Санкт-Петербург

В настоящее время становится все более очевидной ведущая роль аминотиолов в механизмах свободно-радикального окисления, сопровождающего острые воспалительные заболевания. Серосодержащие аминокислоты участвуют в синтезе и обмене гомоцистеина, уменьшая его токсическое действие на клетки, а также являются переносчиками монооксида азота. SH группы составляют резерв антиоксидантной системы.

Цель исследования: изучить содержание SH групп в крови у практически здоровых пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились практически здоровые пациенты разных возрастных групп. Всем пациентам определяли уровни общих SH групп, SH групп низкомолекулярных и высокомолекулярных тиоловых соединений спектрофотометрическим методом с выделением SH групп низкомолекулярных тиолов путем фильтрования через фильтры Vivaspin. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета SPSS 16.0. Данные представлены в табличной форме, приводились в виде средних значений \pm ошибка среднего. Для проверки однородности групп использовался критерий Фишера дисперсионного анализа: одно-, двух-факторного и для зависимых наблюдений. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и выводы. Определены пределы нормальных значений общих SH групп, их низкомолекулярной и высокомолекулярной фракций. Обследование практически здоровых людей позволило определить пределы колебания нормальных показателей тиолдисульфидного равновесия. С увеличением возраста были выявлены тенденции к повышению уровня окисленной серы и к снижению уровня восстановленной серы, уменьшение ее общего количества и тиолдисульфидного отношения. Это свидетельствует о накоплении с годами жизни окисленных продуктов в организме человека и усилении процессов свободно-радикального окисления. Данные изменения приводят к патологической модификации белкового субстрата и повышают риск развития окислительного стресса и связанной с ним заболеваемости. Снижение общего количества серы с возрастом ограничивает возможности антиоксидантной системы. Уровень общих SH групп у практически здоровых пациентов был представлен в основном высокомолекулярными SH группами. Таким образом, у практически здоровых пациентов равновесие сдвинуто в сторону высокомолекулярной фракции тиолов, которые способствуют стабилизации структуры белковой молекулы. Снижение общего показателя SH групп происходит преимущественно за счет SH групп высокомолекулярных тиолов, что создает условия незащищенности белкового субстрата от окислительного повреждения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Марсальская О.А.¹, Никифоров В.С.²

¹ НУЗ "Дорожная клиническая поликлиника ОАО "РЖД", г. Санкт-Петербург; Россия;

² ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; Россия

Цель исследования: изучить особенности психоэмоционального состояния и показатели систолической и диастолической функции миокарда у работников железнодорожного транспорта (ЖДТ) с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Все обследованные были разделены на 2 группы: первую группу (n=45, средний возраст $45 \pm 7,6$ лет) составили работники ЖДТ с артериальной гипертензией (АГ) 1 и 2 степени (гипертоническая болезнь 1 и 2 стадии). Вторая группа – это работники железнодорожного транспорта с наличием факторов риска, не имеющие АГ (n=35, средний возраст $42 \pm 7,2$), учитывались пациенты, имеющие хотя бы один фактор риска. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых добровольцев в возрасте $38 \pm 10,4$ лет. У всех пациентов учитывались анамнестические (статус курения, отягощенная наследственность по ССЗ), антропометрические (рост, вес, индекс массы тела) и клинико-лабораторные данные (величина артериального давления (АД), уровень общего холестерина). Для оценки тревожно-депрессивных расстройств использовалась шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина и шкала депрессии Бека. Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась на ультразвуковой системе Philips iE 33 (Голландия). При помощи импульсно-волновой доплеровской ЭхоКГ рассчитывали показатели движения трансмитрального потока: скорость раннего наполнения (Е), скорость позднего наполнения (А) и их соотношение (Е/А). Для оценки систолической и диастолической функции также использовали показатели тканевой доплерографии, скоростные показатели движения фиброзного кольца митрального клапана (S', E', A', E'/A') септального и бокового отделов левого желудочка (ЛЖ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 17.0; уровень значимости принят при $p < 0,05$; оценка корреляционных связей осуществлялась с использованием непараметрического коэффициента Спирмана.

Результаты. В первой группе легкая депрессия составила 26%, умеренная депрессия - 14%. Во второй группе легкая депрессия регистрировалась у 41% обследуемых, а умеренная - 3%. В первой группе также регистрировалась умеренная тревожность в 12% случаев, во второй и контрольной группах уровень тревожности был низким 100%. Исследуя зависимость между уровнем депрессивных расстройств и уровнем повышения АД, была выявлена прямая зависимость между степенью депрессии и уровнем АД в обеих группах ($r=0,84$; $p < 0,01$). У лиц с умеренным уровнем депрессии регистрировалось снижение показателей систолической и диастолической функции (Е'/А' бокового отдела и S' бокового и септального отделов ЛЖ). У лиц с умеренной тревожностью регистрировалось снижение Е'/А' септального отдела и S' бокового отдела ЛЖ.

Выводы. Среди работников железнодорожного транспорта выявлены тревожно-депрессивные расстройства как у лиц с АГ, так и у лиц с наличием факторов сердечно-сосудистого риска, но без АГ. Чем выше уровень АД, тем выше уровень депрессии. У лиц с наличием тревожно-депрессивных расстройств регистрируется ухудшения показателей систолической и диастолической функции ЛЖ (Е'/А' и S' бокового и септального отделов ЛЖ).

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА КОНСТИПАЦИИ ОТ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА РАБОТОСПОСОБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Мефодовский М.А.¹, Шемеровский К.А.²

Эколого-Биологический центр «Крестовский остров»¹, Санкт-Петербург.

ФГБНУ Институт экспериментальной медицины², Санкт-Петербург.

Введение: По уровню работоспособности все люди могут быть представлены как три хронобиологических типа: «Жаворонки», «Голуби» и «Совы». «Жаворонки» наиболее работоспособны в утренние часы, «Голуби» - в середине дня, а «Совы» - вечером.

Цель работы: Выявить вероятность констипации у трёх хронобиологических типов работоспособности человека (Жаворонков, Голубей и Сов).

Материалы и методы: хронобиологический тип 63 обследованных лиц определяли с помощью теста Остберга. Протестировано 22 мужчины и 41 женщина 16-17 лет. Минимальное число баллов (от 1 до 7) – Утренний хронотип. Максимальное число баллов (от 14 до 21) – Вечерний хронотип. Промежуточное число баллов (от 8 до 13) – Дневной хронотип. Методом Хроноэнтерографии определяли уровни регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника: 7 раз в неделю – регулярный суточный ритм, 5-6 раз в неделю – первая стадия тяжести констипации, 3-4 – вторая стадия, 1-2 раза в неделю – третья стадия тяжести запора. Длительность сна исследовали по времени засыпания и пробуждения. Для сравнения показателей этих трёх групп, вычисляли средние показатели, соответствующих пунктов анкетирования. Различия средних определяли по доверительным интервалам при уровне достоверности 95% ($p < 0,05$).

Результаты: Из 63 обследованных лиц по тесту Остберга людей с утренним хронотипом оказалось 15 человек, с дневным хронотипом – 43, с вечерним хронотипом 5 человек. Выявлена зависимость между хронотипом человека и уровнем констипации. По регулярности циркадианного ритма кишечника, лиц с регулярным кишечным ритмом оказалось 22%. Лиц с первой стадией констипации – 27%, со второй стадией – 41%, с третьей – 10%. Максимальная склонность к регулярному ритму кишечника была выявлена у лиц с утренним хронотипом (27%). Минимальная склонность к регулярному ритму кишечника была диагностирована у лиц вечернего хронотипа (20%). Минимальный риск нарушения регулярности кишечного ритма был обнаружен у лиц с утренним хронотипом (73%). Максимальный риск нарушения кишечного ритма оказался у лиц с вечерним хронотипом (80%). Длительность сна лиц с вечерним хронотипом ($5,5 \pm 2,1$ часа) была в среднем на 48 минут меньше чем у лиц с утренним хронотипом ($6,3 \pm 1,1$ часа) (различия существенно при $p < 0,05$).

Выводы:

1. Минимальная склонность к нарушению циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника характерна для лиц утреннего хронобиологического типа (для Жаворонков).
2. Максимальный риск констипации (80%) был выявлен у лиц с вечерним хронобиологическим типом (у Сов).
3. Риск констипации, по-видимому, связан с длительностью сна: у лиц с большей длительностью сна (Утренний хронотип) риск констипации меньше, чем у лиц с короткой продолжительностью ночного сна (Вечерний хронотип).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИНФРАКРАСНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ЖЕНЩИН С АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Милая Н.О., Белякова Н.А., Зубарева Г.М., Лясникова М.Б., Белякова И.А.

ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России, Тверь

Цель: оценить метаболические нарушения и показатели инфракрасного (ИК) спектра сыворотки крови у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением.

Материалы и методы: обследовано 27 женщин с избыточной массой тела и алиментарно-конституциональным ожирением (средний возраст $39,0 \pm 9,7$ лет). Всем больным было проведено общеклиническое обследование, включающее в себя: сбор анамнеза и объективный осмотр с измерением антропометрических данных: массы тела (кг), роста (м), с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), окружности талии (ОТ, см) и уровня артериального давления (АД, мм.рт.ст.). Лабораторное исследование включало оценку углеводного обмена (глюкоза сыворотки крови, ммоль/л; инсулин, мкЕд/мл) с определением инсулинорезистентности (ИР, индекс Нома, балл) и липидного (ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды, ммоль/л). Инфракрасный спектр (ИКС) сыворотки крови изучался с помощью девятизонального анализатора (аппаратно-программный комплекс «Икар»; сертификат № 5745 от 20.11.98г., патент на изобретение № 2137126 от 10.09.99г.), позволяющего регистрировать изменения показателей поглощения биологической жидкости. Определялось поглощение (%) липидно-фосфолипидных комплексов в инфракрасном спектре сыворотки крови на 9 каналах (в диапазоне $3500-960 \text{ см}^{-1}$): 1-й - химические группировки в составе холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), жирных кислот (ЖК) и всех фосфолипидов (ФЛ): сфингомиелинов (СФМ), фосфотидилсерина (ФС), фосфотидилхолина (ФХ), фосфатидилинозитов (ФИ), фосфатидилэтаноламинов (ФЭА); 2-й - ХС, ТГ и ЖК; 3-й (опорный) - слабые сигналы всех функциональных групп, входящих в состав сыворотки крови; 4-й - полосы СФМ, ФХ; 5-й - СФМ; 6-й - метиленовые и метиловые группы; 7-й - ФЛ и ЖК; 8-й - все ФЛ кроме СФМ; 9-й - ФС и ФХ.

Результаты: общеклиническое обследование выявило наличие у 38,4% женщин избыточной массы тела и I степени ожирения, у 26,9% - II степени и у 34,7% - III степени ожирения (средний ИМТ - $37,1 \pm 7,1 \text{ кг}/\text{м}^2$). Абдоминальный тип ожирения имели 96,2% обследованных (средний ОТ - $105,9 \pm 15,47 \text{ см}$). Повышение АД более 130/85 мм.рт.ст. отмечалось в 61,5% случаев (1-я степень). Средний уровень глюкозы сыворотки крови в группе составил $5,6 \pm 0,65 \text{ ммоль}/\text{л}$, инсулина $17,4 \pm 9,09 \text{ мкЕд}/\text{мл}$. При этом гипергликемию натощак имели 15,4% женщин, а ИР была диагностирована у 80% (средний уровень индекса Нома - $4,4 \pm 2,58$ балла). Анализ липидного спектра крови указал на снижение уровня ЛПВП (менее $1,2 \text{ ммоль}/\text{л}$) у 46,2% обследованных, повышение уровня ТГ (более $1,7 \text{ ммоль}/\text{л}$) и ЛПНП (более $3 \text{ ммоль}/\text{л}$) соответственно у 16,7% и 60% женщин. Исследование ИКС сыворотки крови у больных продемонстрировало, что средние показатели липидных комплексов были наиболее низкие в 3-ем опорном канале ($18,2 \pm 17,18\%$). Наиболее высокие концентрации различных фракций липидов отмечались в 5-ом канале (СФМ - $67,5 \pm 6,3\%$), во 2-ом (атерогенных липидов - ХС, ТГ и ЖК - $48,5 \pm 13,5\%$), а также в 4-ом (СФМ и ФХ - $41,7 \pm 14,3\%$). Среди всех метаболических показателей выявлена корреляционная взаимосвязь между концентрацией ФЛ (8-й канал) и уровнем ЛПНП ($R_{xy}=0,55$; $p < 0,05$).

Выводы: у женщин, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением, преобладает абдоминальный тип ожирения, сопровождающийся в большинстве случаев АГ I степени, инсулинорезистентностью и повышением уровня ХЛПНП, которые коррелируют с концентрацией фосфолипидов сыворотки крови.

СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Михайлин Е.С.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Подростковый возраст является важнейшим этапом становления репродуктивной и нейроэндокринной систем, что обуславливает высокую частоту развития осложнений и неблагоприятных исходов беременности, усугубляющихся изначально наличием соматической патологии.

Целью исследования было изучить особенности соматического статуса у забеременевших девочек-подростков Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Путем анализа историй родов (форма №096/у) и журналов учета приема родов (форма №010/у) было изучена структура соматической патологии у 483 несовершеннолетних беременных женщин, родивших в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” в течение 10 лет за период с 2004 по 2013гг.

Результаты. Полностью соматически здоровы были 109 (22,6%) пациенток. Была выявлена следующая структура соматической патологии: заболевания сердечнососудистой системы отмечены у 49 (10,1%) пациенток, из них: ВСД по гипотоническому типу у 16 (3,3%), ВСД по смешанному типу у 7 (1,4%), ВСД по гипертоническому типу у 20 (4,1%), пролапс митрального клапана у 3 (0,6%), аритмии у 3 (0,6%) пациенток. Заболевания мочевыделительной системы - у 221 (45,8%) пациенток, из них: хронический пиелонефрит у 90 (18,6%), гестационный пиелонефрит у 128(26,5%), хронический гломерулонефрит у 1 (0,2%), мочекаменная болезнь у 1 (0,2%), удвоение почки у 1 (0,2%) пациентки. Заболевания органов пищеварения – у 46 (9,5%) несовершеннолетних беременных, из них: хронический гастрит, гастродуоденит у 35 (7,2%), дискинезия желчевыводящих путей у 10 (2,1%), хронический холецистит у 1 (0,2%). Заболевания ЛОР органов – у 21 (4,3%) пациенток, из них: хронический ринит у 1 (0,2%), хронический тонзиллит у 1 (0,2%), хронический гайморит у 1 (0,2%), хронический бронхит у 7 (1,4%), бронхиальная астма у 6 (1,2%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у 3 (0,6%), острая тубинфекция в анамнезе у 1 (0,2%), хронический отит у 1 (0,2%) пациентки. Заболевания нервной системы отмечены у 8 (1,7%) пациенток, из них: астено-невротический синдром у 2 (0,4%), сотрясение головного мозга в анамнезе у 4 (0,8%), эпилепсия у 2 (0,4%) беременных. Заболевания опорно-двигательного аппарата - 8 (1,7%) пациенток, из них: перелом позвоночника в анамнезе у 1 (0,2%), симфизит у 1 (0,2%), дисплазия тазобедренных суставов у 1 (0,2%), остеомиелит нижней челюсти в 29 недель у 1 (0,2%), сколиоз у 4 (0,8%) беременных. Заболевания кожи - у 16 (3,3%) беременных несовершеннолетних, из них: нейродермит у 2 (0,4%), экзема у 1 (0,2%), псориаз у 3 (0,6%), дерматит у 5 (1,0%), витилиго у 1 (0,2%) пациентки. Заболевания органов зрения - у 25 (5,2%), из них: миопия слабой степени у 8 (1,7%), миопия средней степени у 6 (1,2%), миопия высокой степени у 7 (1,4%), периферическая хориоретинальная дистрофия у 2 (0,4%), афакия у 1 (0,2%), атрезия зрительного нерва также у 1 (0,2%) пациентки. Хирургические заболевания - у 6 (1,2%) беременных, из них: варикозная болезнь у 3 (0,6%), перитонит в анамнезе у 1 (0,2%), пупочная грыжа у 1 (0,2%), аппендэктомия в 30 недель у 1 (0,2%) беременной.

Выводы. По результатам проведенного исследования, отмечена высокая частота выявляемости соматической патологии у несовершеннолетних беременных пациенток, лишь менее четверти из них были соматически здоровы. Чаще всего у беременных несовершеннолетних отмечались заболевания органов мочевыводящей системы (около 46%), причем значительно преобладало обострение хронического пиелонефрита при беременности или пиелонефрит беременных), заболевания сердечнососудистой системы (более 10%), органов пищеварения (около 10%) и органов зрения (более 5%). Среди болезней органов пищеварения преобладали хронический гастрит, гастродуоденит (более 7%), органов дыхания – хронический бронхит (около 2%), среди заболеваний кожи – различные дерматиты (около 1%). Также необходимо отметить большую частоту встречаемости дефицита массы тела (более 17%) и ожирения (более 16%) у забеременевших подростков.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОТ РЕГУЛЯРНОСТИ РЕКТАЛЬНОГО РИТМА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Насридинова Р. Х.¹, Шемеровский К.А.²

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова¹,
Институт Экспериментальной Медицины², Санкт-Петербург

Уровень качества жизни студентов-медиков зависит от множества факторов, включая генетические, экологические, а также от соблюдения или не соблюдения режимов питания, двигательной активности, вредных привычек и стрессовых ситуаций студенческой жизни. Однако зависимость уровня качества жизни от соблюдения регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника остается мало исследованной.

Цель исследования: выяснить зависимость уровня качества жизни от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у студентов медицинского университета.

Материалы и методы: Экспресс-метод «Хроноэнтерографии», позволяющий исследовать частоту и акрофазу циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника за неделю и анкетирование по таким параметрам качества жизни как Самочувствие, Активность и Настроение (модифицированный тест САН). Исследовали уровни качества жизни у 117 молодых лиц в возрасте 18-26 лет. Регулярный ректальный ритм (РРР) диагностировали при регулярной эвакуаторной функции кишечника с частотой не ниже 7 раз в неделю. Нерегулярный ректальный ритм (НРР) выявляли при частоте стула ниже 7 раз в неделю (от 1-2 до 5-6 раз в неделю). Выделяли три стадии нерегулярности эвакуаторной функции кишечника. Первая стадия (компенсированная) — при частоте стула 6-7 и 5-6 раз в неделю. Вторая стадия нерегулярности кишечного ритма (субкомпенсированная) — при частоте стула 3-4 раза в неделю (то есть при реализации эвакуаторной функции кишечника не каждый день недели, а именно через день). Третья стадия (декомпенсированная) была диагностирована у лиц с частотой стула 1-2 раза в неделю. Уровень качества жизни определяли по пяти градациям: 1 - «Отличный» уровень — при удовлетворенности качеством жизни на 80-100% от оптимума, 2 - «Хороший» уровень — при удовлетворенности качеством жизни на 60-80% от оптимума, 3 - «Удовлетворительный» — при удовлетворенности качеством жизни на 40-60% от оптимума, 4 - «Плохой» уровень — при удовлетворенности качеством жизни на 20-40% от оптимального, 5 - «Очень плохой» уровень — при удовлетворенности ниже 20% от оптимума. Статистическую обработку проводили при уровне достоверности 95% ($p < 0,05$).

Результаты: Регулярный ректальный ритм (7 раз в нед) был выявлен у 35 из 117 лиц (30%). Частота стула 6-7 раз в неделю обнаружена у 29 из 117 лиц (25%), а частота стула 5-6 раз в неделю — у 23 человек (20%). Субкомпенсированная стадия нерегулярности кишечного ритма была диагностирована у 20% обследованных. Частота стула 1-2 раза в неделю была выявлена у 6 субъектов (5%). Утренняя акрофаза ритма стула у лиц РРР встречалась (40%) в 2,3 раза чаще, чем у лиц с НРР (17%). Показано, что у лиц с регулярным ректальным ритмом (при частоте стула 7 раз в неделю и утренней акрофазе этого ритма) доминировали «Отличный» и «Хороший» уровни качества жизни (80%-100% и 60-80% от оптимального). У лиц с нерегулярным ректальным ритмом (при частоте стула 3-4 раза в неделю) преобладали «Удовлетворительный» и «Хороший» уровни качества жизни (40%-60% и 60-80%). Таким образом, РРР является одним из факторов высокого уровня качества жизни, а НРР является фактором риска понижения уровня качества жизни.

Выводы: 1. Регулярность циркадианного ритма стула ассоциирована с повышенным уровнем качества жизни у студентов-медиков. 2. Нарушение ежедневной регулярности ритма стула связано с понижением уровня качества жизни студентов-медиков. 3. Утренняя акрофаза циркадианного кишечного ритма повышает вероятность регулярности этого ритма более, чем в 2 раза. 4. Отсутствие утренней акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника повышает риск нарушения регулярности этого ритма более, чем в 2 раза, что связано с риском понижения уровня качества жизни от «Отличного» к «Удовлетворительному».

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Некрасова И.Л., Миллер Д.А., Шестакова В.Г.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Тверской государственной медицинской университет Министерства здравоохранения России, Тверь

Актуальность исследования местных микроциркуляторных расстройств при хроническом гастрите определяется высоким процентом встречаемости данной патологии (15-35% среди заболеваний органов желудочно-кишечного тракта). Хронический гастрит сопутствует многим болезням, в том числе и гастродуоденальной и гепатопанкреатической зоны, осложняя их течение.

Цель работы. Определить наличие нарушений микрогемодициркуляции в слизистой оболочке желудка в патогенезе хронического гастрита.

Материалы и методы. Изучались две группы пациентов – опытная, состоявшая из 50 больных хроническим гастритом (25 мужчин и 25 женщин), средний возраст которых составил 31.7 ± 8.9 лет и контрольная из 7 практически здоровых лиц, с отсутствием хронических заболеваний и поражений желудочно-кишечного тракта. Обе группы были обследованы физикально, эндоскопически, произведено исследование биоптатов слизистой оболочки методом световой микроскопии (при X400). Также проводилось исследование крови для изучения общего гемостаза на предмет изменения активности тромбоцитов и отклонения в количестве фибриногена плазмы крови и изучение местного гемостаза на примере агрегации тромбоцитов на агрегометре (при спонтанной и стимулированной АДФ).

Полученные результаты. Эндоскопически хронический гастрит был выявлен у всех пациентов опытной группы. Изучение активности тромбоцитов показало следующее: их активность связана с течением хронического гастрита, и может проявляться как гипер-, так и гиподисфункцией, и даже в период стойкой ремиссии, не достигает уровня активности у практически здоровых лиц, у которых отмечена нормагрегация в 100% случаев. У пациентов, страдающих хроническим гастритом, в 67% случаев выявляется гиперагрегация тромбоцитов. Однако, при стимуляции 5 мкМ/мл АДФ, проявлялась скрытаягипоагрегация, что можно трактовать как агрегатопатию потребления. Исследование количества фибриногена плазмы крови показало следующее: у лиц с атрофическим гастритом в фазе обострения достоверно (90%) повышен уровень фибриногена в крови, а в период ремиссии, даже при наличии положительной эндоскопической динамики, никогда не становится равным уровню в крови здоровых лиц. Исследование биоптатов слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом выявило значительные изменения в микроциркуляторном русле в виде расстройства конечного кровотока – у 96% , сопровождаемого развитием агрегации форменных элементов крови (76%) и микротромбообразования (36%), также имело место наличие полнокровия венул и капилляров(65%) в сочетании с их аневризматическим расширением (25%). В области измененного микроциркуляторного русла присутствовали плазморрагии (67%), кровоизлияния, очаги мукоидного набухания (16%) с переходом в фибриноидное (11%). Исследование же биоптатов слизистой оболочки желудка у здоровых лиц не выявило статистически значимых отклонений в строении микроциркуляторного русла, за исключением единичных случаев замедления тока крови.

Выводы. Хронический гастрит протекает с достоверными нарушениями как локального, так и системного гемостаза, протекающими в виде тромбоцитарных гипо- и гиперагрегационных сдвигов, а также достоверными изменениями уровня фибриногена плазмы крови. Таки образом, морфологически хронический гастрит проявляется не только изменениями строения эпителия, но и в большей степени - микроциркуляторного русла в виде расстройства конечного кровотока с статическими изменениями микроциркуляторной гемодинамики.

Инструментальная диагностика поражения легких при ревматоидном артрите

Нестерович И.И., Ночевная К.В., Сперанская А.А., Золотницкая В.П., Амосова Н.А., Власов Т.Д., Трофимов В.И.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова

Введение. Несмотря на мало- и бессимптомное течение, поражение легких становится причиной смерти 10-20% больных ревматоидным артритом (РА), а 5-летняя выживаемость пациентов с тяжелыми формами поражения составляет всего 20-36%. При этом очень часто имеется несоответствие между стертой клинической картиной и выраженностью изменений в легких, в связи с чем актуальным является раннее выявление и динамическое наблюдение данной категории больных.

Цель. Сопоставить информативность клинических и инструментальных данных с целью раннего выявления поражения легких у больных РА.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 70 пациентов с достоверным РА, которым проводились физикальное обследование, флюорография (ФЛГ)/рентгенография, компьютерная томография высокого разрешения (КТВР), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) легких и функция внешнего дыхания (ФВД) с определением диффузионной способности легких (DLCO). Только 10% больных имели клинически манифестированное поражение легких, ассоциированное с РА. В группу обследованных лиц не включались пациенты с сопутствующей пульмонологической патологией.

Результаты. Убедительных клинических данных за поражение легких при опросе и осмотре больных получено не было. Изменения на ФЛГ выявлены у 10% (пневмофиброз, очаговые изменения); на КТВР легких – у 90% (бронхообструкция, бронхоэктазы, бронхиолит, плеврит, «матовое стекло», ревматоидные узелки, легочная гипертензия); на ОФЭКТ у 80% – региональные снижения кровотока. Анализ ФВД показал снижение DLCO у 40%, рестриктивные нарушения – у 30%, бронхообструкция – у 70%, бронхоспазм – у 50% больных.

Выводы. Сопоставление клинических и инструментальных данных показало низкую информативность традиционного клинико-рентгенологического обследования, что диктует использование более чувствительных лучевых методов с целью раннего выявления поражения легких при РА.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП СО СЛОЖНЫМ ПОЛИМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Никищенкова Ю.В.¹, Никифоров В.С.²

¹СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург; Россия

²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; Россия

Цель исследования: изучить структурные изменения клапанного аппарата у пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозом ИБС и сложной сопутствующей патологией.

Материалы и методы: обследовано 52 пациента, находившихся на лечении в кардиологических отделениях «Госпиталя для ветеранов войн», в возрасте от 60 до 88 лет с диагнозом ИБС и сопутствующей патологией. Средний возраст исследуемой группы составил 74±14 года. Большинство обследуемых пациентов были со стенокардией напряжения III ФК и хронической сердечной недостаточностью III - IV ФК по NYHA. 63% из обследованных больных имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Сопутствующая патология была наиболее часто представлена артериальной гипертензией (92,3%), сахарным диабетом 2 типа (55,3%), заболеваниями почек (22,2%), хроническими обструктивными заболеваниями легких (20,7%). Атеросклероз множественной локализации был выявлен у 37,4% пациентов, ОНМК в анамнезе отмечались у 11 пациентов (21%). В этиологии приобретенных пороков сердца преобладало атеросклеротическое поражение клапанов (67 %); ревматическая болезнь сердца в анамнезе отмечалась у 14 пациентов (27%); первичный инфекционный эндокардит диагностирован у 2 пациентов (3,8 %); вторичный, связанный с миксоматозом митрального клапана – у 1 пациента (1,9%); ВПС (двухстворчатый АК) был причиной порока у 1 пациента (1,9 %). При анализе данных ЭхоКГ, пациенты были условно разделены на три возрастные подгруппы: 60-65 лет (9,6%), старше 65-70 лет (33%), старше 70 лет (57,4%). В структуре поражения аортального клапана изолированный аортальный стеноз значительно чаще регистрировался у пациентов старше 70 лет (37 %), в то время как среди пациентов 60-65 лет и старше 65-70 лет изолированный аортальный стеноз регистрировался реже (9% и 12,5%). Изолированная аортальная недостаточность регистрировалась среди пациентов 60-65 лет в 36% и в 25% случаев среди пациентов старше 65-70 лет. Сочетанный аортальный порок 9%, 6,25% и 20% в трех возрастных группах. Изолированный митральный стеноз среди пациентов старше 70 лет регистрировался в 2,8 % случаев, среди пациентов 60-65 лет и старше 65-70 лет изолированный митральный стеноз зарегистрирован в 9% и 6,1% случаев. Изолированная митральная недостаточность регистрировалась среди пациентов 60-65 лет у 54 % и 50% среди пациентов старше 65-70 лет, 44% среди пациентов старше 70 лет. Ишемическая митральная недостаточность зарегистрирована у 31% всех пациентов. Сочетанный митральный порок 9%, 12,5% и 8,5% в трех возрастных группах. Распределение комбинированных пороков в возрастных подгруппах составило соответственно 9%, 6,25% и 14 %.

Выводы: 1. структуре поражения клапанов сердца у пациентов пожилого и старческого возраста со сложным полиморбидным фоном имеются значимые различия на уровне возрастных подгрупп; 2. поражения клапанов склеродегенеративного генеза преобладали у пациентов старше 70 лет, ревматическая природа порока отмечалась преимущественно у пациентов в возрасте до 70 лет.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ

Овсянникова Н. А., Арьев А. Л., Жулев Н. М., Дзахова С. Д.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт Петербург

Ишемический инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу - клинический синдром острого сосудистого поражения головного мозга. Он является исходом различных по своему характеру патологических состояний систем организма, прежде всего, сердечно-сосудистой системы. Выявление сопутствующей соматической патологии имеет важное значение для создания верной стратегии профилактики и лечения пациентов.

Цель: Выявление частоты сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний у больных с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в различных возрастных группах.

Материалы и методы: В исследование были включены 361 человек с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. Возраст больных варьировал от 41 года до 98 лет, средний возраст – $76,3 \pm 0,5$ года.

Для анализа возрастных различий пациенты с ОНМК были разделены на 3 возрастные группы: больные молодого и среднего возраста – до 59 лет, больные пожилого возраста – 60-74 года и больные старческого возраста – старше 75 лет. В возрасте до 59 лет было 25 человек (6,9%). Средний возраст больных – $54,0 \pm 0,88$ года. В возрасте старше 60 лет было 98 человек (27,2%). Средний возраст больных – $70,04 \pm 0,30$ года. В возрастной группе старше 75 лет составили 238 человек (65,9%). Средний возраст больных – $81,33 \pm 0,3$ года.

По полу больные распределялись следующим образом: 139 мужчин (38,5%) и 222 женщины (61,5%).

Результаты исследований: У больных с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения в разных возрастных группах выявлены следующие сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. У больных с ОНМК до 59 лет зарегистрированы: гипертоническая болезнь у 23 чел. (92,0%), стенокардия напряжения у 12 чел. (48,0%), атеросклеротический кардиосклероз у 18 чел. (72,0%), постинфарктный кардиосклероз у 6 чел. (24,0%), фибрилляция предсердий (ФП) - постоянная форма у 2 чел. (8,0%), ФП – пароксизмальная форма – не регистрировалась, сердечная недостаточность у 20 чел. (80,0%). У больных с ОНМК в возрастной группе 60-74 года зарегистрированы: гипертоническая болезнь у 98 чел. (100,0%), стенокардия напряжения у 44 чел. (44,9%), атеросклеротический кардиосклероз у 98 чел. (100,0%), постинфарктный кардиосклероз 18 чел. (18,4%), ФП – постоянная форма у 11 чел. (11,2%), ФП – пароксизмальная форма у 10 чел. (10,2%), сердечная недостаточность у 96 чел. (98,0%). У больных с ОНМК в возрасте старше 75 лет зарегистрированы: гипертоническая болезнь у 238 чел. (100,0%), стенокардия напряжения у 101 чел. (42,4%), атеросклеротический кардиосклероз у 237 чел. (99,6%), постинфарктный кардиосклероз у 66 чел. (27,7%), ФП – постоянная форма у 17 чел. (7,1%), ФП – пароксизмальная форма у 56 чел. (23,5%), сердечная недостаточность у 238 чел. (100,0%).

Также у всех пациентов с ОНМК выявлялся атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА). У больных до 59 лет атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА) выявлялся у 25 чел. (100,0%), в возрастной группе 60-74 года - у 98 чел. (100,0%), в возрасте старше 75 лет - у 238 чел. (100,0%).

Выводы: У больных с ОНМК, вне зависимости от возраста, основными сопутствующими соматическими заболеваниями, являются гипертоническая болезнь и атеросклероз БЦА. У большинства пациентов в возрасте старше 60 лет также выявляются такие заболевания сердца как: сердечная недостаточность, атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия напряжения. Высокая частота сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения определяет необходимость совместного ведения пациентов данной группы неврологами и кардиологами.

Анализ показателей клинической активности болезни, качества жизни и психологического статуса у больных ревматоидным артритом и коморбидными эмоционально-аффективными расстройствами

Октябрьская И.В.¹, Беляева И.Б.², Ташлыков В.А.²

СПб ГУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25¹, Северо-западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова², Санкт-Петербург

Цель исследования: сравнить показатели клинической активности и качество жизни больных ревматоидным артритом (РА) с эмоционально-аффективными расстройствами и без них и изучить динамику показателей психологического статуса на фоне терапии антидепрессантами: амитриптилином или тразодоном (триттико).

Материалы и методы: В исследование включено 60 пациентов с достоверным диагнозом ревматоидного артрита (РА) (по критериям ACR,1987г.). Средний возраст больных составил 61,1 год (от 45 до 75 лет). У всех пациентов отмечено длительное течение РА (в среднем 13,2 года). Серопозитивность по ревматоидному фактору выявлялась у 80 %. Высокая ($DAS_{28} > 5,1$) и средняя ($DAS_{28} 3,2-5,1$) степени активности РА отмечены у 60 и 40% пациентов. В качестве базисной терапии все пациенты получали метотрексат (МТ) (10-15 мг/нед). Проводилась оценка выраженность боли в суставах по шкале VAS, оценивались суммарные шкалы качества жизни SF-36 по опросникам физического здоровья (PCS), психологического здоровья (MCS) и функционального состояния (HAQ) пациентов. Проводилась оценка психологического состояния больных РА с определением стрессоустойчивости, астении по шкале астенического состояния Малковой Л.Д., степени социальной адаптации по опросникам Холмса и Раге, тревоги и депрессии по шкале Цунга и Госпитальной шкале тревоги и депрессии. При наличии признаков тревоги и депрессии методом слепой выборки пациентам был назначен амитриптилина в дозе 50 мг/сутки или триттико(Тразодон) в дозе 150 мг\сутки в течение месяца. В зависимости от методов базисной терапии пациенты были разделены на две группы. Пациенты группы I- (30 б-х), получали метотрексат (Мт) в дозе 10-20 мг\неделю. Пациентам группы II (30 б-х) на фоне сохраняющейся клинико-лабораторной активности, несмотря на лечение МТ в течение не менее 3-х месяцев назначался инфликсимаб (ИФ) из расчета 3мг\кг внутривенно капельно по схеме введения через 2 и 6 недель, далее через каждые 8 недель. Каждый из пациентов получил не менее 3-х инъекций препарата. Длительность наблюдения составила 54 недели.

Результаты исследования: В группе I у пациентов после 6 месяцев терапии МТ отмечена тенденция к снижению значений HAQ, СОЭ и DAS 28, однако достоверных различий с исходными показателями получено не было. В группе II у пациентов после 6 месяцев терапии МТ и ИФ наблюдалась статистически значимое уменьшение показателей HAQ, СОЭ, снижение DAS 28 с 5.3 до 3.4 ($DAS_{28} \geq 3.2 \leq 5.1$), что соответствовало умеренной активности заболевания и удовлетворительному ответу на терапию по критериям ELUAR (ΔDAS_{28}). У больных группы I, по сравнению с пациентами в группе II, отмечались достоверно менее высокие значения физического функционирования, жизнеспособности и ролевого эмоционального функционирования ($P < 0.05$), определялось меньшее число пациентов, имевших высокую стрессоустойчивость по опроснику Холмса(43.7% и 29.9%) и большее число пациентов с

выраженной астенией (6.2% и 20.4% при $P < 0.05$). Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса HAQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при РА. При значениях индекса HAQ ≥ 1.82 в 100% случаев выявлены клинически выраженная тревога и депрессия, умеренная или выраженная астения и низкая сопротивляемость к стрессу. Из группы I были выделены пациенты, которые имели признаки тревоги и депрессии (20 человек) и согласились на назначение amitriptилина в дозе 50 мг в сутки в течение месяца. Через один месяц приема amitriptилина отмечено снижение интенсивности боли по шкале ВАШ на 37.1%, числа болезненных суставов на 61.2%, числа припухших суставов на 42.7%, HAQ на 75%, у 12(60%) пациентов отмечено уменьшение выраженности тревоги и депрессии, у 13(65%) повышение стрессоустойчивости. Выявлена взаимосвязь между длительностью течения РА и степенью выраженности тревоги и депрессии. При длительности РА более 9 лет различные степени депрессии выявлены у 60% пациентов. При значениях HAQ более 2.3 у больных РА отмечается высокая ранимость и низкая сопротивляемость к стрессу по шкале Холмса и Раге. На фоне приема ГКС отмечаются более выраженные проявления тревоги и депрессии и низкая сопротивляемость к стрессу по шкале Холмса и Раге. Применение трициклического антидепрессанта – amitriptилина или ингибитора обратного захвата серотонина -Триттико (Тразодон) в течение 1 месяца у больных РА с тревожно-депрессивными расстройствами ведет к повышению сопротивляемости к стрессу по шкале Холмса и Раге. У пациентов с РА и тревожно-депрессивными расстройствами через 6 месяцев после отмены антидепрессантов отмечается нарастание выраженности депрессии, что обосновывает целесообразность проведения повторных курсов терапии каждые полгода. У 42.5% пациентов с РА и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами, отказавшихся от приема антидепрессантов в течение 54 недель наблюдения, сохраняется высокий уровень депрессивного состояния при снижении степени активности ревматоидного артрита.

Выводы: 1. При оценке психологического статуса у больных РА с развернутой стадией заболевания отмечено наличие астении, тревоги и депрессии у 82, 55,2 и 42,8% пациентов соответственно. 2. Применение комбинированной терапии ИФ и МТ у больных РА с тревожно-депрессивными расстройствами при отсутствии эффекта от монотерапии МТ в дозе не менее 10-20 мг/нед. ведет к снижению клинической активности болезни. 3. Выявлена прямая взаимосвязь между длительностью течения РА и степенью выраженности тревоги и депрессии. 4. Применение amitriptилина или триттико в течение 1 месяца у больных РА с тревожно-депрессивными расстройствами ведет к повышению сопротивляемости к стрессу по шкале Холмса и Раге. 5. При снижении степени активности ревматоидного артрита у пациентов с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами, отказавшихся от приема антидепрессантов, по сравнению с пациентами, получавшими терапию amitriptилином или тразодоном, отмечаются более низкие показатели качества жизни.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Орешко Л.С., Журавлева М.С., Соловьева Е.А., Шабанова А.А., Лукьянова Р.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт Петербург

Цель работы: сравнить диагностические возможности фиброзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) и периферической электрогастроэнтерографии для выявления нарушений моторики верхних отделов ЖКТ у больных целиакией.

Материал и методы. Обследованы 67 больных целиакией в возрасте от 18 до 60 лет, среди них 27 мужчин и 40 женщин. Средний возраст пациентов составил 31,6 года. Всем пациентам проведены расспрос жалоб, физикальное обследование, ФЭГДС и периферическая электрогастроэнтерография на гастроэнтеромониторе «Гастроскан ГЭМ-01» в стандартном режиме (стандарт-ЭГЭГ) согласно разработанной методике. Полученные данные обрабатывались статистически с использованием Excel 2010.

Результаты. Жалобы на отрыжку воздухом предъявляли 22 (32,83 %) пациента, изжогу – 12 (17,91 %), отрыжку горьким – 4 (5,97 %), отрыжку съеденной пищей – 4 (5,97 %), боли в эпигастрии натошак – 25 (37,31 %), тяжесть в эпигастрии после приёма пищи – 7 (10,45 %). Эндоскопические признаки недостаточности кардии выявлены у 40 (59,70 %) пациентов, из которых у 8 (11,94 %) установлен катаральный дистальный эзофагит, у 3 (4,47 %) – эрозивный рефлюкс-эзофагит, у 9 (13,43 %) – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эндоскопические признаки гастрита и дуоденита выявлены у 67 (100 %) пациентов, дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) - у 11 (16,42 %) обследованных. Анализ результатов стандарт-ЭГЭГ показал, что у 39 (58,21 %) обследованных выявлены электрофизиологические признаки гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) натошак и после пищевой стимуляции, у 16 (23,88 %) - признаки ДГР натошак, у 11 (16,42 %) - признаки ДГР после пищевой стимуляции. ГЭР и ДГР нередко возникали одновременно. У 46 (68,65 %) обследованных выявлены такие признаки желудочной диспепсии, как неадекватный, недостаточный или избыточный ответ желудка на пищевую стимуляцию.

Выводы. Среди обследованных жалобы со стороны верхних отделов ЖКТ выявлены реже, чем эндоскопические и электрофизиологические признаки патологии верхних отделов ЖКТ. Частота выявления признаков ГЭР натошак с помощью ФЭГДС и стандарт-ЭГЭГ сопоставима ($p > 0,01$). Признаки ДГР натошак с помощью стандарт-ЭГЭГ установлены чаще, чем с помощью ФЭГДС ($p < 0,01$). Таким образом, в алгоритме диагностики нарушений моторики верхних отделов ЖКТ целесообразно использовать электрогастроэнтерографию, преимуществами которой являются неинвазивность, простота выполнения и возможность выявления моторно-эвакуаторных нарушений после приёма пищи.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОДВЗДОШНОЙ, ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ХОЛАНГИТОМ БЕЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Пазенко Е.В.¹, Карев В.Е.², Райхельсон К.Л.¹, Щукина О.Б.¹

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

²Научно-исследовательский институт детских инфекций федерального медико-биологического агентства,
Санкт-Петербург

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) ассоциирован с поражением кишечника, обычно классифицируется, как воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), однако имеет ряд особенностей. Морфологические характеристики поражения кишечника при ПСХ не уточнены окончательно.

Цель исследования: изучить морфологические характеристики состояния слизистой оболочки подвздошной, слепой, прямой кишки у пациентов с ПСХ без клинической картины ВЗК.

Материалы и методы. Группу исследования составили 17 пациентов с ПСХ, в том числе ПСХ мелких протоков – 9, из них женщины - 8, мужчины – 9 человек. Средний возраст пациентов - $35,7 \pm 15,1$ лет, продолжительность заболевания $2,6 \pm 4,3$ года. У всех пациентов не наблюдалось симптомов, характерных для заболеваний кишечника. Всем пациентам была выполнена илеоколоноскопия с забором биоптатов из подвздошной, слепой, прямой кишки. Морфологическая активность илеоколита оценивалась по шкале, предложенной Truelove – Richards.

Результаты. Инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки кишечника характеризовалась диффузным распространением. Клеточный состав инфильтрата был однотипным во всех исследуемых отделах: лимфоциты и плазматические клетки выявлялись в 100%, эозинофилами - в 70,6%, нейтрофильные гранулоциты - в 23,5% случаев. У 64,7% пациентов наблюдалась 1-я, у 29,4% – 2-я, у 5,8% – 3-я степень активности колита по индексу Truelove - Richards. При этом в 76,4% случаев морфологическая активность заболевания не отличалась во всех исследуемых отделах, дистальное нарастание градиента активности зафиксировано в 11,8%. Крипт-абсцессы обнаружены у 1/3 пациентов. Фиброз стромы слизистой оболочки зафиксирован в 64,7%. В парабазальных отделах слизистой оболочки всех исследуемых отделов в 70,5% выявлялись лимфоидная гиперплазия.

Выводы. Илеоколит низкой и средней морфологической активности без четкой нозологической принадлежности наблюдается у всех пациентов с ПСХ, при этом характерно развитие фиброза стромы слизистой оболочки. Отсутствие клинической картины при ПСХ не исключает морфологически активного илеоколита.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОВТОРНЫХ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Палагутин М.А., Никифоров В.С.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И.Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Целью исследования было определить эхокардиографические предикторы повторных пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы исследования. Обследовано 56 мужчин, страдающих ГБ в возрасте 34-60 лет. Диагностика ГБ проводилась в соответствии с критериями Российского кардиологического общества и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. Обследуемые больные ГБ были разделены на две группы: 28 чел. – с пароксизмальной формой ФП и 28 чел. – без нарушений сердечного ритма. Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту, длительности и враженности артериальной гипертензии. Контрольную группу составили 12 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Лица с пароксизмальной формой ФП на момент включения в исследование находились на синусовом ритме и им антиаритмические препараты не назначались. Всем обследуемым проводилось стационарное обследование, включавшее комплекс клинических и лабораторно-инструментальных методов. Эхокардиографию с тканевой доплерографией миокарда выполняли с помощью аппарата Vivid 7 (GE Medical Systems). При помощи тканевой доплерографии на уровне фиброзного кольца митрального клапана в области её латеральной части определяли систолическую скорость движения боковой стенки левого желудочка (S' лж), ранне- и поздне-диастолические скорости движения боковой стенки левого желудочка (E' лж и A' лж, соответственно). На уровне средней трети левого предсердия определяли пиковые скорости движения его боковой стенки в диастолу ($E'_{лп}$ и $A'_{лп}$). Рассчитывали электромеханическую задержку движения левого предсердия и межпредсердную механическую задержку. Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 7.

Результаты. В обеих группах пациентов имело место увеличение массы миокарда левого желудочка. При анализе параметров левого предсердия обращало на себя внимание то, что у всех больных ГБ отмечалось увеличение размеров левого предсердия ($p < 0,05$), более выраженное у лиц с пароксизмальной формой ФП ($p < 0,01$). При этом в последнем случае имело место увеличение объема предсердия, которое было более выражено у лиц с частыми повторными пароксизмами ФП. У больных ГБ имели место признаки замедления релаксации левого желудочка в виде замедления показателя DT и уменьшения индекса E/A ($p < 0,05$). Изменение диастолической функции левого желудочка нашло подтверждение при анализе тканевой доплерографии миокарда, что проявлялось снижением пиковых ранне-диастолических скоростей движения миокарда левого желудочка, более выраженном у больных ГБ с ФП. Обращает на себя внимание то, что у лиц с артериальной гипертензией, по сравнению с контролем, отмечалось снижение пиковой систолической скорости движения миокарда левого желудочка, более выраженное у больных ГБ с ФП ($p < 0,01$). При анализе диастолического спектра тканевой доплерограммы волокон миокарда левого предсердия в обследуемых группах выявлены изменения сходные с тканевой доплерограммой волокон миокарда левого желудочка. Кроме того, у больных ГБ с ФП, в отличие от остальных пациентов с ГБ, имели место признаки внутри- и межпредсердной диссинхронии, более выраженные у лиц с частыми повторными пароксизмами ФП.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что в качестве эхокардиографических предикторов повторных пароксизмов фибрилляции предсердий у больных гипертонической болезнью можно рассматривать объем левого предсердия и признаки внутри- и межпредсердной диссинхронии по данным тканевой доплерографии миокарда.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ЙОДОДЕФИЦИТНОГО РЕГИОНА ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ РАДИАЦИОННОЙ ОПАСНОСТИ

Пищугина А.В.

ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Тверь

Тверская область относится к региону природного йодного дефицита и потенциальной радиационной опасности в связи с размещением на её территории атомной электростанции (АЭС). Йодная недостаточность и связанная с ней зубная эндемия являются факторами, усиливающими радиационно-индуцированную патологию щитовидной железы (ЩЖ) в случае аварийных ситуаций на атомных объектах.

Цель работы: изучить эхографические и функциональные характеристики щитовидной железы (ЩЖ) работников предприятий различного профиля в йододефицитном регионе потенциальной радиационной опасности и роль наследственной предрасположенности к патологии ЩЖ.

Материалы и методы: проводилось обследование 681 работника (мужчин 470, женщин 212, медиана возраста 42,0 [32,0-50,0] года Калининской АЭС (КлнАЭС), ОАО «Нижегородская инжиниринговая компания «Атомэнергопроект» (НИАЭП) и Тверского вагоностроительного завода (ТВЗ), которое включало антропометрию, пальпацию и ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, лабораторное исследование уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреоидной пероксидазе (а-ТПО) в плазме крови. Оценка объема ЩЖ проводилась с помощью нового способа эхографической диагностики её увеличения у мужчин и женщин (по относительному объему ЩЖ, kSVM), учитывающего индивидуальные особенности пациента по формуле: $SVM=SV/M-13$, где SVM – приведённый к массе тела (относительный) объём ЩЖ, мл/кг; SV – суммарный объём ЩЖ, см³; M – масса тела обследуемого (ограничение до 110 кг), кг; 13 – поправочный коэффициент на массу тела. Верхняя граница kSVM для мужчин равна 0,27 мл/кг, для женщин – 0,23 мл/кг и превышение этого значения свидетельствовало об увеличении ЩЖ (тиреомегалия). Статистическая обработка с использованием Statistica 6.1 с расчетом описательных статистик, применением непараметрических критериев (χ^2 и Манна-Уитни), а так же t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования: установлено, что при объективном обследовании (пальпация) пропускалось каждое третье узловое образование ЩЖ размерами более 1 см, при этом у мужчин в два раза чаще, чем у женщин ($p<0,01$), что делает данный метод менее информативным по сравнению с УЗИ ЩЖ. Эхографические изменения в ЩЖ наблюдались у трети всех обследованных работников (29,3%), у женщин в два раза чаще, чем у мужчин ($p<0,01$). В структуре эхографических изменений преобладали фокальные изменения (ФИ) – 15,2% и узловые образования (УО) – 9,7%. Диагностика увеличения щитовидной железы у мужчин и у женщин новым способом (по kSVM) продемонстрировала, что очаговые образования (УО и ФИ) в 47,5 % случаев сочетались с тиреомегалией. Выявлено наличие связи между отягощенной наследственностью по заболеваниям ЩЖ и эхографической патологией: ФИ ($\chi^2=10,9$; $p<0,01$), УО ($\chi^2=7,4$; $p<0,01$) и эхографическими изменениями ЩЖ по типу аутоиммунного поражения ($\chi^2=19,1$; $p<0,01$). При нормальной эхоструктуре ЩЖ медиана ТТГ составила 1,2 [0,9-1,7] мкМЕ/мл, при ФИ – 1,5 [1,0-2,1] и УО – 1,2 [0,8-1,8] мкМЕ/мл, соответствуя среднему популяционному. Повышение титра а-ТПО чаще наблюдалось при эхографических изменениях по типу аутоиммунного поражения (301,9 [102,5-650,0] МЕ/мл).

Выводы: клинический метод пальпации для выявления патологии ЩЖ менее информативен, особенно у мужчин, по сравнению с УЗИ, позволяющим диагностировать УЗ у них в 4 раза чаще, чем при объективном обследовании. Эхографические изменения в ЩЖ наблюдаются у трети всех обследованных работников и в их структуре преобладают ФИ и УО, которые чаще выявляются у лиц с отягощённой наследственностью по тиреоидной патологии. Для ФИ и УО характерны средние популяционные значения ТТГ. В йододефицитном регионе потенциальной радиоационной опасности ФИ диаметром 5-9 мм при нормальном объёме щитовидной железы по kSVM следует учитывать и присваивать им шифр по МКБ-10: E 01.2 (зоб (эндемический), связанный с йодной недостаточностью, неуточненный), что особенно актуально для разработки стандартов оказания медицинской помощи.

ДИАГНОСТИКА САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Попов М.В.

Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск

Цель. Проанализировать рентгенологические и КТ симптомы саркоидоза органов дыхания.

Материал и методы. Изучены истории болезни, рентгенограммы, компьютерные томограммы, данные гистологического исследования биопсийного материала 33 больных, поступивших в торакальное отделение Архангельской областной клинической больницы в 2011-2012гг, где гистологически был поставлен диагноз саркоидоза органов дыхания.

Результаты исследований. В группе больных в возрасте от 20 до 81 года преобладали женщины (68%). Характерными изменениями при обзорной, боковой рентгенографии и линейной томографии легких у данных больных были опухолевидное увеличение внутригрудных лимфатических узлов с симптомом «кулис», мелко- и среднеочаговая диссеминация в легких, фиброзные изменения, эмфизема и цирроз легочной ткани.

Всем больным была проведена КТ грудной клетки, при которой были выявлены увеличенные внутригрудные лимфоузлы, мелкоочаговая диссеминация в легких, симптом «матового стекла», очаги и инфильтраты в легких, сетчатость и деформация легочного рисунка, цирротические изменения. Анализ показал, что саркоидоз органов дыхания в рентгеноморфологической характеристике выявлен в виде медиастинального (29%), диссеминированного (42%), интерстициального (9%) и паренхиматозного (20%) вариантов. Особенности КТ-картины. Во 2-й стадии отмечались: сетчатость легочного рисунка, нечеткость контура сосудов, интерстициальные изменения по типу крупной ячеистости, симптом «матового стекла». Все изменения были двусторонними и преобладали в

верхних и центральных отделах легких. В 3-й стадии отмечалась тяжистая деформация легочного рисунка преимущественно в верхних долях. Очаговые тени определялись у 97% пациентов во 2-й стадии и у 68,5% в 3-й стадии во всех отделах легких, у 15% очаговые тени сливались и образовывали инфильтраты. Отмечено, что симптом «матового стекла», перибронхиально-периваскулярные изменения, ячеистость легочного рисунка уменьшаются после курса лечения и нарастают при рецидиве процесса. В процессе лечения симптом «матового стекла» и расширение теней сосудов полностью исчезали у 43% пациентов, количество очагов уменьшалось у 23%, а у 77% пациентов они полностью рассосались. После курса лечения интерстициальные изменения в 3 стадии уменьшались незначительно и выглядели в виде грубо выраженной деформации легочного рисунка у 86% пациентов. А очаговые тени в легких сохранялись у 12% пациентов с 3-й стадией заболевания. Положительная динамика в плане рассасывания увеличенных внутригрудных лимфоузлов происходила быстрее тогда, когда в начале заболевания было увеличение всех групп ВГЛУ. При увеличении одной-двух групп внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) уменьшение их в размере происходило значительно медленнее. Было выявлено уменьшение ВГЛУ в размерах без лечения даже в 3-й стадии саркоидоза, что указывает на цикличность процесса. Последовательность уменьшения размеров ВГЛУ шла в таком порядке: паратрахеальные, парааортальные, бронхопульмональные группы.

Основными рентгенологическими и КТ признаками саркоидоза органов дыхания являются увеличение ВГЛУ, диссеминированные процессы в легочной ткани, интерстициальные изменения. Рентгено-морфологически саркоидоз органов дыхания протекает циклически. КТ существенно дополняет традиционные лучевые методы диагностики саркоидоза органов дыхания в плане уточнения увеличения групп ВГЛУ, наличия мелкоочаговой диссеминации и фиброзных изменений в легких.

ЭКСТРЕННАЯ САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Попов М.В.

Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск

Резюме. Оказание экстренной санитарно-авиационной помощи населению Архангельской области при ее большой территории и малонаселенности является необходимой.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, санитарная авиация.

Актуальность. Состояние здоровья сельского населения неуклонно снижается на фоне дефицита врачебных кадров и малодоступности специализированной медицинской помощи, поэтому проблема оказания санитарно-авиационной помощи является актуальной.

Цель исследования: провести анализ показателей работы отделения экстренной санитарно-авиационной помощи Архангельской областной клинической больницы и выявить проблемы, снижающие эффективность его работы.

Материал и методы. Проанализированы показатели общей заболеваемости сельского населения области, структуры болезней, из-за которых были произведены санитарные вылеты, причины эвакуации детей и взрослых в медучреждения областного центра.

Результаты исследования. Общее количество санзаданий за последние 5 лет, увеличиваясь из года в год, достигло уровня 2,5 на 1000 человек населения, что меньше аналогичного по РФ – 4,4. Отмечен рост его как за счет санзаданий, выполненных с привлечением наземного транспорта, так и за счет санзаданий, выполненных авиатранспортом.

На местах произведено около 800 различных оперативных вмешательств, более 800 анестезиологических пособий и более 600 реанимационных мероприятий, выполнено 1000 срочных доставок крови и кровезаменителей. При этом как число обращений, так и количество консультаций по телефону ежегодно имеют тенденцию к увеличению. Финансовые расходы бюджета Архангельской области за последние пять лет на санитарную авиацию увеличились вдвое.

Большую часть объема работы специализированных бригад составляет анестезиологическое обеспечение экстренной хирургической помощи взрослым и детям – 39%, нейрохирургическая помощь составляет 9%,

акушерско-гинекологическая и торакальная помощь по 7%, абдоминальная хирургия – 6%, травматология – 5%, сосудистая хирургия – 1%, кардиология – 7%, эндоскопия – 1%.

С 2012 года наша страна перешла на стандарты выхаживания младенцев от 500 граммов. За 2012 год санавиацией вывезено в Архангельск 65 детей до 1 кг.

Причины эвакуации детей: травмы – 17%, заболевания органов дыхания – 9%, острая хирургическая патология – 11%, состояния перинатального периода – 49%, инфекционные заболевания – 9%, прочие – 5%. У взрослых причинами эвакуации являются: травмы – 23%, заболевания системы кровообращения – 19%, заболевания ЖКТ – 18%, акушерско-гинекологическая патология – 20%, прочие – 20%.

Выводы:

1. Слабая оснащенность медоборудованием воздушных судов не соответствует современным требованиям медицинской эвакуации больных.
2. Количество детских вызовов санавиации увеличилось, хотя произошло снижение детского населения на 28,5% за 5 лет.
3. В отдельных районах области нет подготовленных площадок для посадки воздушных судов в любое время года и суток.
4. С целью снижения финансовых затрат на санавиацию следует повысить показатель оснащенности врачами районов области до 20 на 10 тысяч населения.

КОСТНЫЙ ОБМЕН И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРИЗНАКАМИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА

Прашнова М.К., Райхельсон К.Л., Барановский А.Ю.

Санкт-Петербургский Государственный Университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Хронический холестаз ассоциирован с высоким риском развития остеопороза. Немаловажную роль в развитии этого осложнения, вероятно, играет мальабсорбция витамина Д и кальция, возникающая вследствие дефицита желчи в кишечнике. In vitro было показано ингибирующее действие билирубина на пролиферацию остеобластов. Формированию остеопении способствует часто назначаемая этим пациентам терапия глюкокортикостероидами.

Цель исследования: оценка отдельных маркеров костного обмена и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) при различных стадиях первичного билиарного цирроза (ПБЦ), в том числе с признаками аутоиммунного гепатита (ПБЦ/АИГ).

Материалы и методы: обследовано 67 человек с ПБЦ (в том числе 19 с признаками аутоиммунного гепатита). Средний возраст больных – 58,9±9,7 лет, средняя продолжительность болезни – 5,4±3,7 лет. Все пациенты получали базисную терапию длительностью более года: урсодезоксихолевую кислоту и кальций Д3, а так же при наличии признаков АИГ – глюкокортикостероиды (ГКС). В группу контроля вошли 23 женщины старше 50 лет в период менопаузы без заболеваний печени. В сыворотке крови определяли β-кросслапс и остеокальцин, выполняли рентгеновскую денситометрию L1-L4 и шейки бедра.

Результаты:

Показатели	ПБЦ 1-2 ст	ПБЦ 3ст	ПБЦ/АИГ 1-2 ст	ПБЦ/АИГ 3ст	Контроль
T критерий L1-L4	-1,86±1,18*	-1,89±1,2*	-1,75±0,92	-1,68±0,16	-0,65±1,41
T критерий шейки бедра	-1,46±0,96	-1,76±0,95*	-1,26±1,10	-0,67±0,78**	-0,82±1,43
β-кросслапс, нг/мл	0,40±0,18***	0,33±0,13	0,25±0,06	0,36±0,13	0,48±0,33***
Остеокальцин, нг/мл	20,97±13,22	11,40±6,84	12,17±5,89	11,48±8,46	14,97±8,78

Примечание: достоверные различия: * - с группой контроля (p<0,03); ** - с ПБЦ 3стадии (p<0,02); *** - с ПБЦ/АИГ 1-2 стадии (p<0,04); .

Остеопороз достоверно чаще наблюдался при 3 стадии ПБЦ в сравнении с группой контроля (28,57% против 13,04% соответственно, p<0,02). Более низкие значения T критерия шейки бедра выявлены только при 3 стадии ПБЦ в сравнении с контрольной группой. В то же время T критерий L1-L4 был достоверно ниже при различных стадиях ПБЦ в сравнении с группой контроля. При оценке маркеров костного обмена более низкие уровни β-кросслапса получены при 1-2 стадии ПБЦ/АИГ в сравнении с 1-2 стадией ПБЦ и группой контроля. Достоверных различий уровня остеокальцина между группами не выявлено.

Заключение. Холестаз при аутоиммунных заболеваниях печени имеет основное значение для потери МПКТ по сравнению с терапией ГКС. В первую очередь поражаются кости осевого скелета, но при прогрессировании заболевания в процесс вовлекаются и трубчатые кости.

СТАТУС ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Рафрафи Х., Румянцев А.Ш.

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

Нарушения фосфорно-кальциевого обмена характерны для хронической болезни почек (ХБП). Особенную значимость они приобретают у больных, получающих лечение программным гемодиализом (ГД). Среди механизмов развития особую роль отводят нарушениям статуса витамина D и гиперпаратиреозу. Ведущей причиной смертности пациентов с ХБП остается патология сердечно-сосудистой системы. Имеются данные о взаимосвязи смертности и нарушениями статуса витамина D.

Цель работы: оценить взаимосвязь статуса витамина D у больных с ХБП с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью.

Материалы и методы. Обследовали 103 больных, получающих лечение программным гемодиализом, среди них 53 мужчины и 50 женщин. Среди причин терминальной почечной недостаточности 42% хронический гломерулонефрит, 22% хронический тубулоинтерстициальный нефрит, 13% гипертонический нефроангиосклероз, 25% - прочие заболевания. Средний возраст пациентов составил $54,8 \pm 15,2$ лет. Длительность диализной терапии - $76,6 \pm 82,6$ мес. Всем больным выполнено традиционное нефрологическое обследование, а также суточное мониторирование АД и эхокардиография. У 79 пациентов определяли концентрацию кальцидиола, у 98 уровень паратиреоидного гормона (ПТГ). Наблюдение за больными продолжали в течение 5 лет. При статистическом анализе данных использовали пакет прикладных программ Statistica 6.0. Рассчитывали среднюю арифметическую величину и среднеквадратичное отклонение, отношение шансов, проводили параметрический корреляционный анализ. Нулевую статистическую гипотезу отвергали при $p < 0,05$.

Результаты. 90 больных были нондиперами. У всех обследованных выявлены недостаточность (39 человек) или дефицит (40 человек) кальцидиола. Уровень ПТГ составил $301,8 \pm 237,2$ пг/мл, креатинина 971 ± 271 мкмоль/л, мочевины $28,0 \pm 7,7$ ммоль/л, кальций $2,3 \pm 0,2$ ммоль/л, фосфор $2,1 \pm 0,7$ ммоль/л, фосфорно кальциевое произведение $4,9 \pm 1,6$, щелочная фосфатаза $82,9 \pm 86,0$ Ед/л. При проведении корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между уровнем кальцидиола и возрастом $r = -0,233$ $p = 0,039$, диастолическим АД $r = -0,244$ $p = 0,030$, уровнем креатинина $r = 0,243$, $p = 0,031$. Статистически значимых взаимосвязей между уровнем кальцидиола и концентрацией кальция, фосфора, ПТГ выявлено не было, вероятно, в связи с тем, что больные получали заместительную терапию бифосфонатами и препаратами кальция, холекальциферола. Величина индекса массы миокарда левого желудочка у больных с дефицитом кальцидиола была статистически значимо выше по сравнению с пациентами с его недостаточностью: соответственно $130,7 \pm 41,4$ г/м² и $150,5 \pm 45,0$ г/м². За время наблюдения от сердечно-сосудистых причин умерли 22 пациента. Дефицит витамина D был ассоциирован с увеличением риска ИБС в 3,9 раза [ДИ 1,5-10,1], $\chi^2 = 6,983$ $p = 0,008$, а также увеличением риска смерти в 3,6 раза [ДИ 1,2-11,5], $\chi^2 = 4,173$ $p = 0,041$.

Заключение. Полученные данные подтверждают влияние нарушений статуса витамина D на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность.

ДИНАМИКА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

Реброва Д.В.^{1,2}, Ворохобина Н.В.¹

¹ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ,

² ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента РФ.

Введение. По современным представлениям первичный гиперальдостеронизм (ПГА) встречается более чем у 10% пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Во многих исследованиях проводилась оценка почечной функции у больных ПГА. По данным мета-анализа выявлено, что при ПГА происходит повышение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), независимо от уровня артериального давления. Тем не менее, в ряде исследований данных за влияние гиперсекреции альдостерона на СКФ получено не было. В работе группы ученых из немецкого регистра Конна выявлены более высокие уровни креатинина плазмы у больных ПГА по сравнению с пациентами с АГ до назначения лечения. Однако оценки уровня креатинина после лечения проведено не было.

Цель исследования. Оценить динамику СКФ и уровня креатинина до и после лечения ПГА.

Материалы и методы. В исследование включены данные 63 пациентов с ПГА (средний возраст $53,8 \pm 8,3$ лет), из них 40 женщин и 23 мужчины. Постановка диагноза ПГА основана на повышении альдостерон-ренинового соотношения (АРС), отсутствия подавления при пробе с физиологическим раствором. Дифференциальный диагноз основных форм заболевания проводился с использованием сравнительного селективного забора крови из надпочечниковых вен (ССЗВК). Оценивался уровень креатинина сыворотки крови. СКФ подсчитывался по формуле Кокрофта-Голта, сравнивались показатели до и после лечения. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica for Windows (версия 7.0). Сравнение количественных параметров в исследуемых группах осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Количественные показатели в работе представлены в виде $M \pm m$, где M — арифметическое среднее значение, а m — стандартная ошибка среднего.

Результаты. У 34 пациентов была выявлена альдостерон-продуцирующая аденома коры надпочечников, у 29 — идиопатический гиперальдостеронизм. Больным с односторонней формой ПГА была выполнена адреналэктомия, пациенты с двусторонней формой получали консервативную терапию в течение шести месяцев. При оценке амбулаторных карт были сгруппированы причины направления на обследование для исключения ПГА: АГ и гипокалиемия — в 76,5% случаев, инциденталомы надпочечника — 14,8%, АГ в молодом возрасте — 4,9%, трудно поддающаяся коррекции АГ — 3,7%. Количество принимаемым антигипертензивных препаратов на момент направления на обследование: 1 — 32,1%, 2 — 46,9%, 3 — 16,0%, 4 — 5,0%. Уровень альдостерона плазмы до лечения составил $357,7 \pm 83,8$ пг/мл, активность ренина плазмы $0,25 \pm 0,32$ нг/мл/час, АРС $46,1 \pm 9,9$. Показатели СКФ и уровень креатинина сыворотки крови до и после лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Скорость клубочковой фильтрации и уровень креатинина крови у пациентов с первичным гиперальдостеронизмом до и после лечения

Показатели	Время измерения	Хирургическое лечение (n=34)	Консервативное лечение (n=29)	Все пациенты (n=63)
Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин	До лечения	$99,25 \pm 33,38^1$	$87,42 \pm 4,06^1$	$93,97 \pm 28,69^1$
	После лечения	$79,20 \pm 27,50^2$ $p^{1,2} < 0,001$	$80,81 \pm 26,34^2$ $p^{1,2} = 0,015$	$79,92 \pm 26,75^2$ $p^{1,2} < 0,001$
Креатинин сыворотки крови, мкмоль/л	До лечения	$73,29 \pm 24,52^3$	$79,76 \pm 19,63^3$	$76,27 \pm 22,47^3$
	После лечения	$90,62 \pm 27,63^4$ $p^{3,4} < 0,001$	$93,21 \pm 31,73^4$ $p^{3,4} = 0,012$	$91,92 \pm 29,37^4$ $p^{3,4} < 0,001$

Выводы. В нашем исследовании показано, что у пациентов на фоне как хирургического, так консервативного лечения, отмечается снижение СКФ. Наша работа подтверждает данные, что ПГА приводит к повышению СКФ, тогда как эти изменения имеют обратное развитие после лечения.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПАДЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Сафонова Ю.А.^{1,2}, Зоткин Е.Г.^{1,2}.

¹-ГБОУ ВПО "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²-СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Падения у пожилых людей нередко становятся причиной потери независимости, инвалидизации и смертности. Частота падений увеличивается на 10% каждое десятилетие жизни пожилых людей. По данным ВОЗ (2004) показано, что до 30% людей в возрасте старше 65 лет и 50% в возрасте 80 лет и старше, по крайней мере, 1 раз в год переносят падение. Их них 30% падений сопровождаются серьезными травмами, в том числе, переломами шейки бедра.

Наиболее существенное влияние на развитие падений в пожилом возрасте оказывают полипрагмазия и коморбидные состояния. Сердечно-сосудистые заболевания, ХОБЛ, депрессия и заболевания опорно-двигательного аппарата увеличивают риск падений на 32%. Согласно имеющимся данным 84% пациентов имели полиморбидность. Одновременное применение более 3-4 препаратов (полипрагмазия) вне зависимости от фармакологической групповой принадлежности повышает риск падений.

Таким образом, учитывая серьезные последствия на фоне падений необходимо своевременно лечить хронические заболевания, проводить ревизию списка назначенных лекарственных препаратов и вносить изменения по их количеству и дозировке, особенно психотропных средств.

Цель исследования: провести анализ количества заболеваний и лекарственных препаратов и выявить взаимосвязь с падениями у людей пожилого возраста.

Задачи: выявить степень коморбидности и полипрагмазии у пожилых людей и оценить влияние данных состояний на риск падений.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование на основе анкетирования 628 пациентов, средний возраст которых составил $77 \pm 13,3$ лет. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: до 75 лет, 75-84 года и старше 85 лет. До начала исследования все пациенты были осмотрены врачом с оценкой общего состояния, проведен физикальный осмотр по органам и системам. Полиморбидность определялась с помощью индекса коморбидности Чарлсона. **Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 9).**

Результаты. В ходе исследования выявлено что, у 56,49% обследованных больных были зарегистрированы падения в течение 12 месяцев наблюдения. Выявлено, что частота падений существенно повышает риск повторных падений ($p < 0,001$). Количество принимаемых лекарственных препаратов у пожилых людей составило $3,97 \pm 1,77$ SD. Полипрагмазия наблюдалась у 85% пожилых людей. С увеличением возраста отмечалось статистически значимое увеличение количества принимаемых препаратов ($p < 0,001$), которые повышают риск падений у пациентов старшей возрастной группы ($p < 0,01$). Число заболеваний у лиц старше 65 лет составило $5,46 \pm 1,88$ SD. Полиморбидность наблюдалась у 84,4% пожилых людей. Полиморбидность достоверно выше в возрастной группе старше 85 лет и составила $6,48 \pm 1,54$ SD ($p < 0,001$). Сочетание трех и более заболеваний повышают риск падений в 2,3 раза (OR=2,3, 95% ДИ 48,5-59,9). Существенно повышается риск падений у пациентов с коморбидными состояниями в возрастной группе старше 85 лет ($p < 0,05$). .

Выводы:

1. Отмечается увеличение количества заболеваний и приема лекарственных препаратов с возрастом
2. Риска падений достоверно выше в возрастной группе старше 85 лет
3. Сочетание трех и более заболеваний повышают риск падений вне зависимости от возраста

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Синицына Ю.В., Котова С.М., Точилев В.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

По данным ВОЗ 665 млн. человек в мире страдают заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ). Ежегодно количество больных с патологией ЩЖ увеличивается на 5%. Наиболее распространенной патологией ЩЖ является гипотиреоз (стойкое снижение действия тиреоидных гормонов на ткани-мишени в результате недостатка гормонов ЩЖ или снижения их эффекта на тканевом уровне). Распространенность гипотиреоза достигает 9,5% в популяции. Несмотря на то, что давно известно о наличии связи между гипотиреозом и депрессией, её особенности остаются не до конца изученными, в связи с чем данная проблема требует более детального рассмотрения.

Цель исследования. Выявить особенности структуры, частоту встречаемости и выраженность депрессии у пациентов с гипотиреозом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 125 женщин с первичным гипотиреозом. Средний возраст обследуемых составил $44,5 \pm 12,6$ лет, ТТГ – $8,3 \pm 5,1$ мМЕд/мл. Пациентки были обследованы двукратно: до и после нормализации ТТГ на фоне приема левотироксина. Использовался общеклинический метод исследования, иммуноферментный метод определения тиреоидного статуса. Для изучения депрессии использовалась шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica 10.0 и Microsoft Excel Office. Для сравнения двух несвязанных групп применялся двухвыборочный критерий Стьюдента и критерий Манна-Уитни, двух связанных групп – одновыборочный критерий Стьюдента и критерий Вилкоксона. Сила взаимосвязи оценивалась с помощью метода ранговой корреляции Пирсона. Критический уровень значимости статистической гипотезы был принят равным 0,05.

Результаты исследования. По шкале депрессии среднее значение у пациенток с гипотиреозом в группе обследования оказалось равным $14,3 \pm 6,3$. У 17 человек (13,6%) было зафиксировано отсутствие депрессии, у 39 (31,2%) – легкая депрессия, у 51 (40,8%) – депрессия средней тяжести, у 18 (14,4%) – тяжелая. У пациенток встречались следующие жалобы депрессивного характера: пониженное настроение (84%), чувство вины (40,8%), суицидальные тенденции (4,8%), нарушение сна (68,8%), снижение работоспособности (82,4%), заторможенность (39,2%), явления ажитации: суетливость, навязчивые действия (44%), психическая тревога (77,6%), соматические проявления тревоги (87,2%), нарушения со стороны половой сферы (59%), жалобы ипохондрического характера (59,2%), потеря веса (2,4%). При корреляционном анализе была выявлена умеренная прямая корреляционная связь между уровнем ТТГ и выраженностью депрессии ($r = 0,65$; $p < 0,05$). После нормализации ТТГ ($2,1 \pm 1,0$ мМЕд/мл) средний балл по шкале депрессии в обследуемой группе статистически достоверно снизился ($p < 0,05$) и составил $8,9 \pm 3,7$ балла. Отсутствие депрессии отмечалось у 50 женщин (39,4%), легкая депрессии – у 47 (37,6%), средней тяжести – у 28 (22,4%), тяжелая депрессия не наблюдалась. У трети пациенток (34,2%) показатели депрессии снизились на 50% и более, что является критерием эффективности лечения депрессии.

Выводы. У пациентов с гипотиреозом часто (> 86%) развивается депрессия, представленная, в основном, депрессией легкой и средней степени тяжести. Ведущим жалобами в структуре депрессии являются снижение настроения, работоспособности, психические и соматические проявления тревоги. Для таких пациентов практически не характерны суицидальные тенденции и потеря веса. Степень выраженности депрессии до лечения зависит от уровня ТТГ. После нормализации ТТГ у части пациентов (> 30%) депрессия исчезает, у остальных наблюдается снижение ее выраженности. Пациентам с сохраняющейся тяжелой и средней степени тяжести депрессией необходима помощь специалистов (психотерапевтов, психиатров). Всем пациентам с диагностированной депрессией необходимо проводить исследование тиреоидного статуса для исключения патологии ЩЖ.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА.

Соловьева Е.А., Сабуева Д.Г.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

Санкт Петербург

Согласно определению ВОЗ под диарейным синдромом понимают наличие неоформленного или жидкого стула от трех и более раз в сутки. По данным литературы выделяют следующие типы диареи в зависимости от механизма ее возникновения: секреторную, осмотическую, гиперкинетическую (Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В., 2007). Причинами любого из этих типов нарушений стула могут являться как органические, так и функциональные изменения на уровне тонкой или толстой кишки. Вне зависимости от триггерного фактора возникновения диарейного синдрома в нижних отделах кишечника возникают изменения двигательной активности, обусловленные нарушением физиологического пассажа содержимого по пищеварительной трубке. Цель работы: Оценить особенности клинической картины и функциональное состояние толстой кишки и у пациентов с диарейным синдромом различной этиологии.

Материалы и методы: Обследовано 47 пациентов с диареей со следующими диагнозами: СРК с диареей – 38 человек (81%), язвенный колит – 5 человек (10,5%), СРК – 2 человека (4,25%), целиакия – 1 человек (2,13%), гастродуоденит – 1 человек (2,13%).

Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,35 соответственно. Средний возраст обследованных составляет 43 года \pm 17 лет (от 19 до 77 лет). С целью оценки функционального состояния нижних отделов органов пищеварения проводилась периферическая электрогастроэнтерография (пЭГЭГ) на гастроэнтеромониторе «Гастроскан ГЭМ» НПО «Исток-Система», согласно разработанной методике. Для оценки клинической картины проводился активный расспрос жалоб и анкетирование всех пациентов.

Результаты: По результатам пЭГЭГ на частоте толстой кишки пациенты были разделены на 3 группы: I – с избыточным приростом К ритмичности после пищевой нагрузки $>$ 50% (15 человек), II – с недостаточным приростом К ритмичности после пищевой нагрузки $<$ 30% (25 человек), III – с приростом К ритмичности в пределах нормативных значений (7 человек). Сравнительный анализ проводился между I и II группами. У пациентов I группы наиболее часто в клинической картине встречались: урчание в животе – у 10 человек (66,7%), тяжесть в эпигастрии – у 7 человек (46,7%), боли в околопупочной области – у 6 человек (40,0%), метеоризм – у 6 человек (40,0%), боли в эпигастрии – у 4 человек (26,7%), изжога – у 4 человек (26,7%), отрыжка – у 4 человек (26,7%), боли в левой подвздошной области – у 4 человек (26,7%). У пациентов II группы преобладали такие жалобы, как метеоризм – у 10 человек (40,0%), урчание – у 11 человек (44,0%), тяжесть в эпигастрии – у 6 человек (24,0%), боли в околопупочной области – у 6 человек (24,0%), боли в эпигастрии – у 5 человек (20,0%), боли в левой подвздошной области – у 4 человек (16,0%) отмечалась смена диареи констипацией. На фоне имеющихся отклонений показателей ритмичности у обследованных, различия значений тонической активности на частоте толстой кишки были статистически не значимы. Распределение типа стула по Бристольской шкале у пациентов I группы: «5» тип – 20%, «6» тип – 26,7%, «7» тип – 53,3%; у пациентов II группы: «4» тип – 48%, «5» тип – 32%, «6» и «7» типы – 20%.

Выводы: для пациентов с диарейным синдромом характерны двигательные расстройства толстой кишки по гиперкинетическому и гипокинетическому типам, что обуславливает особенности клинического проявления заболевания и характер стула. Согласно полученным данным для пациентов I группы характерна более выраженная клиническая симптоматика с преобладанием повышенного газообразования и болевого абдоминального синдрома.

МЕМОРИАЛИЗАЦИЯ ПАМЯТИ О МЕДИКАХ РОССИЙСКОГО ЗАРУБЕЖЬЯ

Сорокина Марина Юрьевна

Дом русского зарубежья им. Александра Солженицына, Москва, Россия

Историческая память современного общества не мыслима без обширной и разноформатной биографической литературы, ибо культурная идентификация его членов происходит и реализуется прежде всего через сравнение и интерес к «другому». Неслучайно, в любом книжном магазине, наряду с разделами «классика» и «фикшн», обязательно присутствует и отдел биографий. В то же время биографические словари эмигрантов и беженцев — сравнительно новое явление в мировой словарной практике, обусловленное новизной самого феномена — значительными и трудно регистрируемыми волнами миграций в Европе и мире, вызванных прежде всего социальными катаклизмами первой половины XX века.

Проект «Российское научное медицинское зарубежье: биобиблиографический словарь», в течение ряда лет осуществляемый в рамках научно-исследовательской программы Дома русского зарубежья им. Александра Солженицына, направлен на комплексное изучение персонального состава российского научного медицинского зарубежья как важной составной части социальной истории российской науки и предполагает возможно полную инвентаризацию всей субкультуры: выявление, концентрацию и верификацию биографической и библиографической информации об ученых-медиках, по различным причинам покинувших Российскую Империю / СССР и работавших за рубежом преимущественно в период с XIX в. вплоть до 1991 г. (распада СССР). В настоящее время опубликован первый пилотный выпуск проекта, посвященный российским медикам-ученым, работавшим за пределами Российской Империи / СССР до начала Второй мировой войны.

Данный пилотный выпуск является первым опытом систематического описания персонального состава российского научно-медицинского зарубежья и включает свыше четырехсот имен медиков-ученых, родившихся по 1921 г. включительно (год окончания Гражданской войны) и покинувших Россию / СССР до начала Второй мировой войны. Конечно, он не только не исчерпывает тему, сколько, напротив, открывает ее в новых историко-научных масштабах. Ведь, по оценкам историков медицины, «российское медицинское зарубежье» составляло несколько тысяч человек и было одной из самых значительных профессиональных групп российской эмиграции.

Ученые-медики, профессора и приват-доценты университетов бывшей Российской Империи, каждый из которых имел свой медицинский факультет с обширной сетью исследовательских лабораторий, институтов и клиник, были важнейшей составляющей этой группы. Они образовали несколько основных центров российского медицинского зарубежья, не всегда совпадавших с центрами российской эмиграции. Одними из самых крупных научно-медицинских сообществ стали медицинские диаспоры в балканских странах — Болгарии (София) и Королевстве сербов, хорватов и словенцев (КСХС; позднее — Югославия; Белград и Загреб). Эти государства оказались для многих российских медиков-ученых не только временным убежищем, но местом сохранения и преумножения своего научного потенциала. Так, например, на медицинском факультете Софийского университета из двенадцати кафедр семь возглавили российские эмигранты. В отличие от коллег, в изгнании утративших высокий социальный и профессиональный статус, в Болгарии и КСХС немало российских ученых стали основоположниками научных школ и направлений, основателями институтов, клиник, лабораторий, музеев, создателями новых учебников и программ. Дети многих из них полностью адаптировались к новому культурно-историческому и социально-политическому ландшафту и навсегда остались в этих странах, внося большой вклад в развитие национальной науки и образования.

Проделанная на сегодня работа далека от полного завершения; она рассчитана прежде всего на общественный отклик. Тем не менее, полагаем, что введение в научный оборот новых имен ученых-соотечественников и расширение сведений о них будут способствовать воссозданию подлинной социальной истории как российского научно-медицинского зарубежья XIX — XX вв., так и отечественной медицинской науки в целом.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТЕРОИДНОГО ПРОФИЛЯ МОЧИ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Великанова Л.И., Ворохобина Н.В., Татарина М.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова
Санкт-Петербург

Цель. Оценить стероидные профили мочи методами высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ/МС) у женщин с гиперандрогенией (ГА) для разработки критериев дифференциальной диагностики стертых форм врожденной гиперплазии коры надпочечников (ВГКН) и синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Материалы и методы. Обследовано 30 женщин репродуктивного возраста с ГА в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $25,9 \pm 1,1$). Пациенты с ГА были разделены на 2 группы: 12 человек с нормальным весом ($ИМТ=22,8 \pm 1,5 \text{ кг/м}^2$) – 1 группа и 18 человек с ожирением ($ИМТ=36,1 \pm 1,3 \text{ кг/м}^2$) – 2 группа. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст $28,5 \pm 2,3$). Определяли в крови уровни адренкортикотропного гормона (АКТГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, кортизола (К), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерона-сульфата (DEA-S), $\Delta 4$ -андростендион ($\Delta 4$ -А), 5α -дигидротестостерон (ДГТ), свободный тестостерон (FT), 17-гидроксипрогестерон (17-ОНП) и глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ). Проводили пробы с 2 мг дексаметазона и с кортикотропином пролонгированного действия (препарат «синактен-депо»). Методом ГХ/МС определяли экскрецию стероидов с мочой (60 андрогенов, прогестинов, глюкокортикоидов и минералокортикоидов). Методом ВЭЖХ определяли уровни в крови кортизола (F), кортизона (E), кортикостерона (B), 11-дегидро-В (A), 18-гидроксикортикостерона (18-ОНВ), 11-дезоксикортикостерона (DOC), 11-дезоксикортизола (S) и экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона (UFE), 6β -гидроксикортизола (6β -ОНF) и 18-ОНВ. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7,0).

Выводы. Сочетание классических тестов с определением экскреции с мочой метаболитов андрогенов, прогестинов и глюкокортикоидов методом газовой хромато-масс-спектрометрии повышает точность дифференциальной диагностики различных форм гиперандрогении.

У женщин с гиперандрогенией с нормальным индексом массы тела установлено повышение экскреции с мочой дегидроэпиандростерона, 16-гидрокси-дегидроэпиандростерона, 17β -андростендиола, андростентриола, прегнантриола, уменьшение соотношений (ТНF+allo-ТНF+ТНE) / прегнантриол (меньше 3,0) и (ТНF+allo-ТНF+ТНE) / прегнантриолон (меньше 60), что свидетельствует о недостаточности 21-гидроксилазы.

У женщин с гиперандрогенией и ожирением установлено снижение в крови уровня глобулина, связывающего половые гормоны, увеличение свободного тестостерона и дигидротестостерона в крови в сравнении с пациентами с гиперандрогенией и нормальным индексом массы тела. Увеличение активности 5α -редуктазы в большей степени установлено у больных с ожирением и гиперандрогенией и характеризуется повышением экскреции с мочой андростерона, allo-тетрагидрокортикостерона, соотношений андростерон/этиохоланолон, 11-гидроксиандростерон/11-гидроксиэтиохоланолон, allo-тетрагидрокортикостерон /тетрагидрокортикостерон и allo-тетрагидрокортизол/тетрагидрокортизол в сочетании с увеличением уровня дигидротестостерона в крови.

У женщин с гиперандрогенией и ожирением, увеличение экскреции с мочой тетрагидро-11-дезоксикортизола, гексагидро-11-дезоксикортизола и соотношением (ТНF+allo-ТНF+ТНE) / ТНS меньше 50, свидетельствует о недостаточности 11β -гидроксилазы.

ЦИТОКИНОВАЯ СИГНАЛИЗАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ МЕТОДАМИ

Терехов И.В., Никифоров В.С., Бондарь С.С.

«Тульский государственный университет», Тула

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург

Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) является актуальной современной проблемой клинической медицины, важность которой обусловлена с одной стороны высокой частотой осложнений, несмотря на применение высокоактивных химиотерапевтических средств, а с другой, длительным восстановительным периодом. Указанные обстоятельства определяют необходимость разработки новых методов лечения и реабилитации, направленных на снижение сроков нетрудоспособности, повышения качества жизни и профилактику развития осложнений у таких больных.

Цель исследования. Изучение особенностей влияния СВЧ-излучения частотой 1000 МГц на спонтанную и митоген-индуцированную продукцию цитокинов клетками цельной крови, а так же функциональную активность фагоцитоза у лиц, перенесших ВП.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 30 пациентов мужского пола с ВП в возрасте 18-23 лет. Материалом исследования служили образцы венозной крови, забравшиеся перед выпиской из стационара для проведения плановых биохимических анализов (на 17-20 сутки заболевания).

Исследование митоген-стимулированной продукции клетками крови обследованных лиц цитокинов, проводилось с использованием наборов реагентов для культивирования и митогенной активации клеток цельной крови «Цитокин-Стимул-Бест» (ЗАО «Вектор Бест», г.Новосибирск). В состав наборов входят флаконы со стерильной питательной средой DMEM, а так же флаконы со стерильным комплексным лиофилизированным митогеном, содержащим фитогемагглютинин, конканавалин А и липополисахарид. В ходе исследования, в клеточном супернатанте образцов цельной крови больных ВП, инкубированных с комплексным митогеном, оценивалась концентрация следующих интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-10, рецепторного антагониста интерлейкина-1 (РАИЛ-1) и интерферона-гамма (ИНФ γ).

Облучение образцов проводили с использованием аппарата физиотерапии «Акватон 02» (ООО «Телемак», г.Саратов). Рассчитанное значение плотности потока мощности СВЧ излучения оставило 0,02 мкВт/см², при этом облучение образцов крови осуществлялось в течение 45 минут. После облучения образцы помещались в термостат (37 °С) на 24 часа. По окончании инкубации клетки крови осаждались центрифугированием при 3000 G, с последующим отбором супернатанта. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 7.0. Оценку статистической значимости межгрупповых различий проводили с помощью теста Краскела-Уоллиса.

Результаты. Под влиянием однократного облучения отмечено усиление митоген-стимулированной продукции ИЛ-10 на 51,5% (p=0,039), ИНФ γ на 12,7%, РАИЛ-1 на 20,6% (p=0,042). Так же отмечено повышение продукции ИЛ-2 на 26,2% (p=0,046), ИЛ-8 на 18,9% (p=0,15), ИЛ-1 на 14,7% (p=0,11). На этом фоне имело место снижение продукции ИЛ-10 на 14,7% (p=0,1). Кроме того под влиянием облучения отмечено увеличение фагоцитарного индекса на 37,9% (p=0,005), фагоцитарного числа на 133,3% (p=0,0006).

Выводы. Под влиянием облучения культуры клеток цельной крови реконвалесцентов ВП происходит восстановление нарушенной митогеном клеточной реактивности сопровождающееся нормализацией продукции клетками цельной крови провоспалительных цитокинов, что, в свою очередь, сопровождается восстановлением функционального состояния фагоцитов цельной крови. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о перспективности использования данного физиотерапевтического фактора с целью нормализации реактивности иммунной системы, а так же коррекции функционального состояния системы фагоцитов цельной крови у реконвалесцентов ВП.

«Юридические аспекты некачественного оказания услуг пластической хирургии»

С.М. ФАЛЧАРИ

Санкт-Петербургский Государственный Университет
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт Петербург

Целью настоящей работы является исследование вопроса правовой природы сферы пластической хирургии и проблем, возникающих на практике.

Первоначально следует отметить, что правовой базой медицинской деятельности в сфере пластической хирургии является множество нормативно-правовых актов, которые регламентируют как права пациента при обращении к врачу-пластическому хирургу, так и сам процесс оказания медицинской помощи. Специальным актом, регулирующим выполнения медицинской деятельности пластического хирурга, является Приказ Минздрава России от 30.10.2012 № 555н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия». Кроме того, правовой основой служит договор на оказание услуг по пластической хирургии, поскольку чаще всего такие услуги проводятся на контрактной основе в частных или государственных медицинских учреждениях.

В любом случае, необходимо выяснить была ли медицинская помощь оказана качественно.

Материалы и методы. Нормативно-правовые акты, монографии, учебники, научные статьи, затрагивающие вопросы пластической хирургии.

Вывод. Исследовав данный вопрос, необходимо подчеркнуть следующие выводы:

1. Правовую базу сферы пластической хирургии составляют множество источники, которые можно условно разделить на нормы общего и специального характера.
2. Медицинская помощь в рамках пластической хирургии оказывается может быть оказана для цели устранения дефектов внешности, а также целью пациента изменить собственную внешность (эстетическая пластическая хирургия). Медицинские услуги пластического хирурга оказываются в система государственной и частной системы здравоохранения.
3. Для получения должности пластического хирурга лицо должно иметь высшее медицинское образование, а также обязательно иметь подготовку по специальности «Пластическая хирургия».
4. В качестве критериев качества определения качества медицинской помощи необходимо руководствоваться критериями адекватного оказания медицинской помощи: своевременность, достаточность, обоснованность, безопасность, оптимальность, результативность. Кроме того, необходимо оценивать соблюдение врачом порядка и стандарта медицинской помощи.
5. Проблема возможности защиты права пациента при неудовлетворительном эстетическом эффекте после пластической операции зависит от конкретных обстоятельств. Наиболее эффективным способом защиты является предъявление иска, вытекающего из ненадлежащего исполнения договорных обязательств.

Сенсибилизация к неинфекционным (атопическим) и инфекционным аллергенам у больных бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких и острой пневмонией.

Г.Б.Федосеев, В.Г.Тимчик, К.Е.Негруца, В.И.Голубева, Е.В.Горовнева, И.В.Бируля,
В.А.Александрин

Кафедра госпитальной терапии и кафедра клинической лабораторной диагностики с курсом молекулярной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.акад. И.П.Павлова

Цель исследования. Установить распространенность неинфекционной и инфекционной аллергии у больных бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких и острой пневмонией.

Задачи исследования: 1. как часто и у больных каких клинических групп отмечена неинфекционная аллергия; 2. как часто и у больных каких клинических групп отмечена инфекционная аллергия.

Состав исследованных: здоровые – 32 человека, бронхиальная астма легкое течение (БАЛТ) – 24 больных, бронхиальная астма течение средней тяжести (БАСТ)– 39 больных, бронхиальная астма в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (БАСТ+ХОБЛ) – 24 больных, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 41 больной, острая внебольничная пневмония (ОП) – 7 больных. Все больные обследовались в фазу обострения болезни.

Методы исследования: 1. общеклиническое, лабораторное и инструментальное исследования в соответствии с принятыми стандартами; 2. иммуноферментное определение аллергенспецифических IgE-антител к неинфекционным аллергенам (клещ, пыль, луговые травы, пыльца деревьев, сорные травы, цветы); 3. иммуноферментное определение аллергенспецифических IgE и IgG-антител к *Strept. Pneumon*, *Haemofil. influenzae*, *Neisseria perflava*, *Staph. Aureus*.

Результаты исследования неинфекционной аллергии. 1. От 25 до 50 процентов практически здоровых имеют повышенные титры IgE к разным неинфекционным аллергенам. 2. От 14 до 51 процента больных всех клинических групп имеют повышенные титры IgE к различным неинфекционным аллергенам. 3. Чаще других повышенные титры к неинфекционным аллергенам отмечены у больных БАЛТ и ХОБЛ. 4. Чаще других отмечено повышение титры IgE к пыли, пыльце деревьев и цветам.

Результаты исследования инфекционной аллергии. 1. От 9 до 100% здоровых имеют повышенные титры IgE к бактериальным антигенам. От 54 до 100% здоровых имеют повышенные титры IgG к бактериальным антигенам. Высокие уровни IgG встречаются у здоровых чаще, чем IgE. 2. У больных повышенные титры как IgE так и IgG представлены в широком диапазоне. 3. Наименьшая частота повышенных уровней IgE и IgG у больных БАЛТ и ОП. 4. Наибольшая частота повышенных уровней IgE и IgG у больных БАСТ и БАСТ+ХОБЛ. 5. Чаще всего повышены уровни как IgE так и IgG к *Staph. Aureus*.

Вопросы, которые возникают в результате изучения атопической и инфекционной сенсibilизации. 1. Какие механизмы удерживают от клинически выраженной аллергии здоровых, больных ХОБЛ и ОП при наличии у них сенсibilизации атопическими и инфекционными аллергенами. 2. Какие повреждения, нарушения регуляции приводят к клинической реализации у здоровых и больных при наличии у них сенсibilизации.

НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ Е.С. БОТКИНА КАК ВРАЧА И ХРИСТИАНИНА

Протоиерей Сергей Филимонов (С.В. Филимонов)

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

Личность Е.С. Боткина была сформирована в первую очередь благодаря отцу, С.П. Боткину, который был человеком широко образованным, тонким ценителем искусства, глубоко и искренне верующим. Брат Е.С. Боткина Петр свидетельствовал, что «с самого нежного возраста прекрасная и благородная натура <Евгения> была полна совершенства». Евгений отличался чуткостью, деликатностью и кротким нравом. Закончив Военно-медицинскую академию в 1889 году с отличием, имея возможность открыть свою клинику и практику в «высших» слоях общества, сознательно поступает на работу в Мариинскую больницу для бедных, «где грязь, боль и страдания». В своих лекциях студентам постоянно говорит об искреннем сердечном участии к больному человеку, как драгоценном и сильном лекарстве.

В 1905 году добровольцем отправляется в действующую армию на русско-японскую войну. Проявляет себя как человек бесстрашный. Считает, что на войне «масса бед есть результат отсутствия у людей духовности, чувства долга, что мелкие расчеты становятся выше понятий об Отчизне, выше Бога». Став лейб-медиком царской семьи в 1907 году сутками не отходит от постели царственных особ во время болезней. Строго хранит врачебную тайну и есть «безусловно преданный Их Величествам слуга». Во время Первой мировой войны активно участвует в организации госпиталя в Царском Селе, размещает раненых в своем доме. После ухода жены сам поднимает четырех детей, один из которых геройски погибает на войне.

После предательства царской семьи, многие её оставляют. Е.С. Боткин, сохранив клятву верности, остается до конца, сделав выбор разделить их участь. Добровольно уезжает с ними в ссылку. Бесплатно лечит местных жителей и охрану, своих врагов. Добровольно идет под арест с царской семьей в Екатеринбург, имея возможность уехать и получить хорошую должность при новой власти. Говорит о том, что слово, данное царю, и совесть врача не позволяют ему оставить больного цесаревича. Достоинно встречает смерть в подвале Ипатьевского дома, заслонив собой царя. В 1981 году причислен Русской Православной Церковью Заграницей к лику святых. В последнем письме перед расстрелом пишет: «Неприкрашенной действительности смотрю прямо в глаза. Меня поддерживает убеждение, что *«претерпевший до конца, тот и спасется»*».

РЕГУЛЯРНОСТЬ ЦИРКАДИАНЫХ БИОРИТМОВ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ

Шемеровский К.А., Овсянников В.И., Фирова Э.М., Успенская Ю.К., Юров А.Ю
Институт Экспериментальной Медицины, Санкт-Петербург,

Введение: Лидером онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге является колоректальный рак (более 3000 новых случаев ежегодно), однако роль нарушения регулярности колоректальной активности в генезе этой патологии остается не изученной. **Целью** работы было исследование нарушений циркадианного ритма кишечника у здоровых и больных. **Материалы и методы:** Методом «Хроноэнтерография» и исследованием уровня качества жизни обследовано более 2500 лиц, считающих себя здоровыми, а также больных артериальной гипертензией, метаболическим синдромом, депрессией. Применяли быстрые методы статистической обработки (по Ашмарину И.П. Васильеву Н.Н., Амбросову В.А., при $p < 0,05$). **Результаты:** Выявлено три стадии брадиэнтерии (замедления циркадианного ритма кишечника): I стадия (компенсированная) — при частоте 5-6 раз в неделю (61% лиц), II стадия (субкомпенсированная) — при частоте 3-4 раза в неделю (30% лиц) и III стадия (декомпенсированная) — при частоте 1-2 раза в неделю (9% лиц). Уровень качества жизни у лиц с регулярным ритмом кишечника был преимущественно высоким (80-100% от оптимального), а у лиц с брадиэнтерией — преимущественно посредственным (40-60%). У лиц с регулярным ректальным ритмом уровень качества жизни по параметрам физической активности, повседневной деятельности и по отсутствию боли был существенно выше (74%), чем у лиц с нерегулярным ректальным ритмом (65%). Регулярность ритма кишечника зависела на 15% от режима питания, на 18% от режима двигательной активности, на 19% от режима сна и на 48% от режима акрофазы циркадианного ритма кишечника. У лиц с соблюдением режима утренней акрофазы циркадианного ритма кишечника эвакуаторная его функция была преимущественно регулярной (7 дней в неделю со стулом). У лиц с отсутствием утренней акрофазы циркадианного ритма кишечника, наоборот — эвакуаторная функция толстой кишки была преимущественно нерегулярной (3-4 дня в неделю со стулом), что проявлялось брадиэнтерией второй степени тяжести. Показано, что нерегулярный ректальный ритм (брадиэнтерия) у пациентов кардиологического профиля был связан с высоким риском возникновения тревоги и депрессии. Чем выше была степень нерегулярности ректального ритма, тем выше был риск возникновения клинически выраженной тревоги и депрессии. У пациентов с тяжелой брадиэнтерией тревога и депрессия выявлена почти в 50% случаев. Контроль частоты и фазы циркадианного ритма дефекации предполагает: а) обязательную регистрацию (недельный мониторинг) реальной частоты и фазы ритма стула с применением неинвазивного метода хроноэнтерографии; б) обучение пациента регистрировать реальный момент времени и регулярность реализации эвакуаторной функции кишечника; в) вовлечение пациента с запором в процесс комплексной, индивидуализированной и последовательной терапии. Хронофизиологический подход к проблеме лечения больных, страдающих запором, основан на пересмотре традиционного (старого) представления о синдроме обстипации и предложении нового научно обоснованного — хронофизиологического — понимания нормы и патологии эвакуаторной функции кишечника. Традиционный подход к терапии больных с запором, основанный на международных «Римских критериях-III, 2006» о частоте стула, характерной для болезни «Запор» (менее 3 раз в неделю), предполагает, что «целевой уровень» частоты стула при лечении должен быть 3 и более дефекаций в неделю. Хронофизиологический подход, ориентирующийся на циркадианный ритм функций мозга и кишечника, при лечении больных с запором в качестве «целевого уровня» предполагает достижение регулярного ритма кишечника при частоте стула не ниже **7 раз в неделю**. **Выводы:** 1. Регулярность циркадианного ритма кишечника связана с высоким уровнем качества жизни (80-100% от оптимума), а нерегулярность этого ритма в виде брадиэнтерии — с низким его уровнем (40-60% от оптимума). 2. Акрофаза ритма кишечника — это ключевой фактор регулярности его ритма, так как парциальный вклад акрофазы (48%) соизмерим с совокупным вкладом трех других факторов — режимов питания, движения и сна (52%). 3. Регулярность ритма кишечника, как фундаментальный фактор здоровья, может служить критерием самой ранней диагностики и эффективности лечения нарушений регулярности эвакуаторной функции кишечника.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ ОТ РИТМА КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шемеровский К.А.*, Успенская Ю.К.**

ФГБНУ Институт экспериментальной медицины*, Санкт-Петербург,
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. Акад. И.П. Павлова**, Санкт-Петербург

Известно, что одним из факторов возникновения побочных эффектов лекарственных средств у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является большое их количество при одновременном приеме. Однако зависимость уровня приема лекарств от циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника у пациентов с ишемической болезнью сердца остается практически не исследованной.

Целью данной работы было исследование зависимости уровня приема лекарств от регулярности циркадианного ритма кишечника у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Методом хроноэнтерографии обследовали 25 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). По специальному опроснику выявляли регулярность или нерегулярность циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Регулярным кишечным ритмом считали частоту эвакуаторной функции кишечника не ниже 7 раз в неделю. Нерегулярный ритм кишечника диагностировали при частоте стула от 1 до 6 раз в неделю. Анализировали число принимаемых лекарств, антропометрические данные. Уровень качества жизни определяли по 100-бальной шкале.

Результаты исследования показали, что только 16% пациентов с ИБС проявляли наличие регулярного ежедневного утреннего стула, а у остальных 84% обследованных было диагностировано замедление частоты активности кишечника (брадиэнтерия — менее 7 раз в неделю) или смещение физиологически оптимальной (утренней) фазы этого ритма в послеполуденный период. Установлено, что физиологически оптимальная (утренняя) акрофаза ритма кишечника была характерна для 32% пациентов, а пессимальная фаза этого ритма была отмечена у 68% пациентов. Пациенты с утренним ритмом кишечника не принимали таких средств как обезболивающие, жаропонижающие и ингибиторы протонной помпы. Пациенты с отсутствием утреннего ритма кишечника принимали эти средства в 29%, 12% и 24% соответственно. Пациенты с утренним ритмом кишечника принимали от 2 до 5 лекарств, а больные с ИБС без утреннего кишечного ритма принимали по 6 лекарств (18% пациентов), по 7, 9 и 10 лекарств (18% пациентов). Качество жизни пациентов с регулярным кишечным ритмом составило в среднем 83% от оптимального уровня, что существенно ($p < 0,05$) отличалось от такового при низкой и нерегулярной частоте кишечного ритма (70 % от оптимума).

Выводы: 1) Ассортимент и количество принимаемых лекарств пациентами с ишемической болезнью сердца существенно зависят от регулярности циркадианного ритма кишечника. 2) Нарушение регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (при частоте этого ритма ниже 7 раз в неделю) у пациентов с ишемической болезнью сердца ассоциировано с повышением количества принимаемых лекарств более чем в 2 раза.

ЦИРКАДИАННЫЙ РИТМ КИШЕЧНИКА И КАЧЕСТВ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Шемеровский К.А.¹, Пашина И.В.², Привалова И.Л.², Пашина М.Е.²

Институт Экспериментальной Медицины», Санкт-Петербург¹

Курский государственный медицинский университет, Курск²

Целью данной работы было сравнительное исследование уровня качества жизни, связанного со здоровьем, в зависимости от уровня регулярности циркадианного ритма кишечника. **Материалы и методы:** обследовано 157 студентов-медиков в возрасте от 19 до 23 лет. Исследование проводили с помощью специально разработанных опросников по восьми основным показателям качества жизни (адаптированный опросник SF-36). Использовали метод хроноэнтерографии, вычисляли частоту и акрофазу циркадианного ритма кишечника. Для параметров, относящихся к одной группе с показателем периода акрофазы, проводили сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни. (U-тест) и корреляционный анализ по методу Спирмена. Статистические отличия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы SPSS.

Результаты: Обследуемых распределили на четыре группы в зависимости от периода акрофазы околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника. Первая группа (25 человек) – оптимальная (утренняя) фаза. Вторая группа (20 человек) – пессимальная (дневная) фаза. Третья группа (61 человек) – пессимальная (вечерняя) фаза. Четвертая группа (51 человек) – недифференцированный ритм (реализация акта дефекации в разное время суток). У лиц с регулярным ритмом кишечника утренняя акрофаза этого ритма встречалась (18%) чаще, чем у лиц с нерегулярным кишечным ритмом (15%). В каждой из четырех групп был проведен попарный корреляционный анализ между тремя показателями: время отхода ко сну, время приема максимального объема пищи, время максимальной работоспособности. В группе лиц с утренней акрофазой околосуточного ритма выявлена положительная корреляционная связь средней силы между временем отхода ко сну и временем приема максимального объема пищи ($r=0,533$, $p<0,01$), между временем отхода ко сну и временем максимальной работоспособности ($r=0,437$, $p<0,05$).

Выводы: 1. Выявленная с помощью факторного анализа компонента, объединившая время стула, время отхода ко сну, приема максимального объема пищи и максимальной работоспособности свидетельствует о том, что циркадианный ритм кишечника связан с ритмами приема пищи, сна, умственной и физической работоспособности.

2. Время отхода ко сну, время максимальной работоспособности у лиц с утренней акрофазой ритма кишечника существенно различалось от таковых для лиц с отсутствием утренней фазы. Наличие утренней акрофазы играет существенную роль в формировании оптимального режима сна и активной деятельности.

3. Уровень качества жизни был выше у лиц с наличием утренней фазы циркадианного ритма кишечника, по сравнению с лицами, не имевшими утренней акрофазы этого ритма. Можно предположить, что утренняя акрофаза циркадианного ритма кишечника является одним из существенных факторов согласования ритмов сна, питания, умственной и физической активности.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шемеровский К.А., Фирова Э.М., Успенская Ю.К.

ФГБНУ Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

Оказание специализированной медицинской помощи в кардиологии предполагает необходимость разностороннего многопланового обследования больных. У пациентов кардиологического профиля исследование расстройств нервно-психической деятельности, активности желудочно-кишечного тракта и уровня качества жизни также необходимо, как и диагностика специфических сердечнососудистых расстройств.

Целью работы было выявление уровня тревоги и депрессии у пациентов кардиологического профиля в зависимости от степени регулярности висцерального ритма.

Методы: Уровни тревоги и депрессии изучали с помощью теста «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), выявляя субклинический (8-10 баллов) и клинически выраженный (более 11 баллов) их уровень. Регулярность висцерального (ректального) ритма оценивали методом «Хроноэнтерографии», выявляя регулярность, частоту и акрофазу ритма. Регулярный ректальный ритм (РРР) констатировали при ежедневном ритме (частота 7 раз в неделю). Нерегулярный ректальный ритм (НРР) диагностировали по трем степеням тяжести. Первую степень нерегулярности этого ритма (легкую) диагностировали при его частоте 5-6 раз в неделю. Вторую степень — (умеренную) при частоте 3-4 раза в неделю. Третью степень (тяжелую) при частоте 1-2 раза в неделю. Уровень качества жизни исследовали с помощью теста САН (Самочувствие, Активность, Настроение) и выражали в процентах (оптимальный уровень = 100%).

Результаты: Обследован 41 пациент (31 женщина и 10 мужчин) в возрасте от 24 до 84 лет. РРР был выявлен у 8 больных, а НРР был диагностирован у 33 из 41 больного (у 80%). Первая степень НРР выявлена у 24%, вторая — у 55%, третья — у 21% больных.

Среди лиц с РРР не выявлено ни одного пациента с клинически выраженной тревогой и депрессией: 1 пациент с субклинической тревогой и 1 — с субклинической депрессией.

Среди больных с I степенью тяжести НРР выявлено по 12% пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессией. Среди лиц со II стадией НРР выявлено 33% пациентов с клинически выраженной тревогой и 17% больных с клинически выраженной депрессией. Среди лиц с III стадией НРР диагностировано 57% пациентов с клинически выраженной тревогой и 43% больных с клинически выраженной депрессией.

Гипотензивные средства больные с НРР вынуждены были принимать почти в 2 раза (в 1,7 раза) чаще, чем пациенты с РРР.

Спазмолитические средства и средства для нормализации циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (слабительные лекарства) принимали только больные с НРР (в 20% случаев и в 24% случаев соответственно).

У пациентов с РРР самочувствие, активность и настроение (78%, 66% и 78% соответственно) было в среднем на 17% выше, чем у больных с НРР (62%, 52% и 58%).

Выводы: 1) У 80% больных кардиологического профиля выявлена нерегулярность ректального ритма, связанная с тревогой, депрессией и снижением качества жизни. 2) Среди пациентов кардиологического профиля с диагностированной нерегулярностью циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника выраженная тревога и депрессия встречалась почти у 50% обследованных, что существенно отражалось на понижении уровня качества жизни этих пациентов.

3) Пациенты кардиологического профиля нуждаются в дополнительной (неврологической и гастроэнтерологической) клинической диагностике с учетом все увеличивающейся полиморбидности у этих больных.

МНЕНИЕ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВЕ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А.

Дагестанская государственная медицинская академия,
Дагестанский стоматологический институт, Махачкала

Проблема качества медицинской помощи в сложных условиях, в которых находится наше здравоохранение, является одной из самых актуальных.

Цель исследования: разработка рекомендаций по совершенствованию пульмонологической помощи населению.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 324 человек, проходивших обследование и лечение в городских поликлиниках Республики Дагестан в 2012 году. Для сбора материала была разработана анкета изучения мнения населения по вопросам организации и качества оказания пульмонологической помощи, которая включала 22 вопроса: возрастно-половой состав, социальное положение, частота посещения врача, удовлетворенность пациентов качеством работы врача, время ожидания в поликлинике и др. Из общего числа опрошенных 60,5% составили женщины, 39,5% – мужчины. В возрастной структуре опрошенных преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет (33,2%). Начальное образование имели 12,0% респондентов, среднее – 57,1% и высшее 30,9%.

Результаты. Из общего числа опрошенных 46,0% посещали поликлиники с лечебной целью, 19,1% – с диагностической целью, 11,4% – с целью диагностики и лечения, 6,2% – с консультативной целью, не указали причину – 15,1%. Анализ частоты посещаемости показал, что в течение последнего года 14,8% опрошенных посетили поликлинику 1-2 раза, 55,2% – 3-4 раза и 29,9% – 5 и более раз. Женщины чаще обращаются в поликлинику, чем мужчины. 5 и более раз посещают поликлиники люди в старших возрастных группах. По социальному статусу на первом месте по частоте посещения (5 и более раз) находятся пенсионеры (38,1%). Лица с начальным образованием обращаются чаще (40,2%), чем лица со средним (44,3%) и высшим (15,5%) образованием. На посещение врача 34,9% посетителей затрачивают до 1 часа, 45,1% – до 2 часов и 20% – более 2-х часов. Большинство (53,1%) опрошенных оценивали свое здоровье как удовлетворительное. Респондентов, оценивающих свое здоровье как плохое, было больше (38,9%), чем оценивающих его как хорошее (8,0%). При первых признаках болезни немедленно обращаются к врачу 43,8% пациентов. Попытки справиться с болезнью и недомоганием самому отметили 79,9%, недостатки – 18,4% принявших участие в опросе. Среди неудовлетворенных вниманием врачей опрошенных 77,8% составили лица в возрасте 60 лет и старше, 22,2% – в возрасте 51-60 лет. Среди лиц, обратившихся в пульмонологические кабинеты с лечебной целью, значительно выше процент жалующихся на недостаточное внимание и торопливость (2,2%), чем среди обратившихся с консультативной целью (0,6%). Более 2/3 респондентов дали ответ, что они удовлетворены качеством медицинского обслуживания. Не совсем удовлетворенными оказанной помощью остались 18,9%. Основные причины неудовлетворенности работой: низкая оснащенность современным оборудованием (66,7%), недостаточная квалификация врачей (33,3%); грубость, неуважение к больным со стороны медперсонала (26,7%), очереди к врачам (13,3%) и другие недостатки (13,3%). Среди частично удовлетворенных значительное число респондентов (52,5%) отмечали, что врач был торопливым и невнимательным. На вопрос анкеты: «Осматривал ли Вас за время лечения заведующий отделением (поликлиникой)?» только 20,1% принявших в анкетировании ответили «да» и 79,9% – «нет». Неудовлетворенность населения качеством медицинского обслуживания вызвана в значительной части случаев отсутствием возможности, в полном объеме получения медицинской помощи в данном лечебно-профилактическом учреждении. В связи с этим население вынуждено обращаться в платные медицинские учреждения. 10,5% респондентов не удовлетворены работой лаборатории.

Заключение. На основе социологического исследования разработаны мероприятия по совершенствованию организации и повышения качества пульмонологической помощи: организационно-методические вопросы обеспечения и управления качеством пульмонологической помощи; методику анализа и оценки качества пульмонологической помощи; совершенствование системы контроля за лечебно-диагностическим процессом, информационное обеспечение процесса управления качеством пульмонологической помощи; программу непрерывного повышения квалификации врачей терапевтического профиля.

Формы участия в конгрессе: публикация тезисов в материалах конгресса

Контактное лицо:

Ф.И.О. Шихнебиев Даир Абдулкеримович, д.м.н., профессор

Тел. моб.: 89034278383

Эл. почта: dair1954@mail.ru

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

Шихнебиев Д.А., Мурзаев П.А.

Дагестанская государственная медицинская академия,
Дагестанский стоматологический институт, Махачкала

Болезни органов дыхания являются самой частой причиной обращаемости всех возрастных групп населения в амбулаторно-поликлинические учреждения. Однако до настоящего времени в отечественной литературе недостаточно исследований, посвященных повышению качества пульмонологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Цель работы: разработка и внедрение эффективной системы обеспечения и повышения качества пульмонологической помощи в условиях городской поликлиники.

Материалы и методы. Качество пульмонологической помощи в 2010-2012 гг. на базе 3-х поликлиник г. Махачкала Республики Дагестан изучено по материалам экспертной оценки 366 карт амбулаторных больных (пневмония – 102, бронхиальная астма – 126 и хронический бронхит – 138 случаев) с помощью карты экспертной оценки, включающей разделы: качество обследования, диагностики, лечения, консультативной помощи, ведения карты амбулаторного больного. Проанализирована также структура обращаемости населения в поликлиники по данным 2684 случаев.

Результаты. Материалы исследований показали, что среди обратившихся в поликлиники по поводу бронхолегочных заболеваний мужчины составляли 57,4%, женщины – 42,6%. Наиболее часто за пульмонологической помощью обращались лица в возрасте 51-60 лет (20,7%). По данным экспертной оценки около четверти больных обследовались своевременно, а 74,3% – несвоевременно. Наибольшая длительность обследования (10 дней и более) имела место при бронхиальной астме (15,7%) и пневмонии (12,8%). Причины несвоевременного обследования: в 27,9% случаев – перегруженность лабораторий и других диагностических кабинетов, в 26,2% – несвоевременное обращение или недисциплинированность больного, в 25,4% случаев – отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 14,2% – недостаточная квалификация лечащего врача и в 6,3% случаев – особенность течения заболевания. У 20,2% больных обследование проведено в полном объеме (в соответствии с медицинскими стандартами), а у более 2/3 больных (79,8%) – в неполном объеме. Причины неполного обследования: в 52,6% случаев – отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 20,3% – перегруженность лабораторий и диагностических кабинетов, в 13,1% – недостаточная квалификация лечащего врача, в 7,9% – отсутствие соответствующего специалиста и в 6,1% случаев – особенность течения заболевания. При оценке правильности выставления диагнозов имело место расхождение диагнозов между лечащими врачами и экспертами в 16,1% случаев. Диагностические ошибки в 38,4% случаев были вызваны неполноценным обследованием, в 22,7% случаев – отсутствием контроля за качеством лечения со стороны заведующих отделениями, в 17,5% случаев – недостаточной квалификацией врачей и 21,4% случаев не были проведены консультации с врачами-специалистами. При анализе качества лечения отмечено, что в 10,1% случаев назначенное лечение было несвоевременным, в 24,9% случаев – неполноценным и в 7,3% случаев – излишним. Причины неполноценного лечения: в 28,3% случаев – неправильная и несвоевременная диагностика, в 24,7% – недисциплинированность больного, в 19,6% – недостаточный контроль за лечебным процессом со стороны заведующих отделениями, в 15,4% – отсутствие необходимых лечебных средств и аппаратуры, в 12,0% случаев – особенность течения заболевания. Консультации больных в 16,2% случаев проводились несвоевременно, а в 18,5% случаев – необоснованно. Активное посещение на дому пациента было необходимо, но не выполнено в 27,5% случаев, обосновано и выполнено в 72,5% случаев. 15,3% больных нуждались в плановой госпитализации, однако она не проведена в 8,5% случаев, выполнено в срок в 6,8% случаев. Санаторно-курортное лечение легочным больным в 94,6% случаев не предлагалось, в 3,0% случаев пациенты отказались от него, лишь в 2,4% случаев проведено санаторно-курортное лечение. В 44,7% случаев не соблюдалась преемственность в обследовании и лечении больных между амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями, в 85,2% случаев имелись дефекты в ведении карт амбулаторных больных.

Заключение. На основе материалов исследования нами разработана система мероприятий по совершенствованию организации и улучшению качества пульмонологической помощи городскому населению на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Формы участия в конгрессе: публикация тезисов в материалах конгресса

Контактное лицо:

Ф.И.О. Шихнебиев Даир Абдулкеримович, д.м.н., профессор

Тел. моб.: 89034278383

Эл. почта: dair1954@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Шишкин А. Н. Асанина Ю.Ю. Быстрицкая А.О. Корсева Е.Е. Пчелин И.Ю. Фёдорова Ю.Ю.

Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), особенно в 5-ой стадии могут, встречаться различные осложнения, связанные с поражением внутренних органов. Это – нарушения в ходе сеанса диализа, в междиализный период, а также токсическое действие микроэлементов, амилоидоз, инфекционные, сердечно-сосудистые и костно-суставные осложнения, опухоли, психические и неврологические нарушения, дисфункция пищеварения, диализная гипотония. Сегодня всё чаще мы говорим о кардио-ренальном синдроме — патофизиологическом расстройстве сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого.

Цель работы. Изучить соматические и психические нарушения у диализных пациентов.

Материалы и методы. Изучено 156 пациентов с 5-й стадией хронической болезнью почек. Кроме стандартного клинико-биохимического исследования изучались показатели эхокардиографии, суточного мониторирования АД, фиброгастроскопии, оценка изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, определение персистенции хеликобактерной инфекции согласно принятым международным стандартам, оценка факторов, связанных с процедурой гемодиализа (режим лечения, диализатор, состав диализирующего раствора, междиализная прибавка массы тела, объем ультрафильтрации).

Результаты. Нами были отмечены корреляционные связи между интрадиализным систолическим АД и сывороточным уровнем альбумина ($r_s = 0,515$; $p = 0,041$), продолжительностью лечения гемодиализом ($r_s = -0,458$; $p = 0,042$), а также междиализной прибавкой массы тела ($r_s = -0,469$; $p = 0,037$). Наличие эпизодов интрадиализной гипотонии было ассоциировано со сниженными уровнями гемоглобина и гематокрита. У всех больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) обнаружено изменение геометрии левого желудочка, преимущественно по типу концентрической гипертрофии. В процессе ремоделирования миокарда участвуют все отделы сердца. У большинства больных с ХПН наблюдалось недостаточное снижение уровня артериального давления во время сна. У больных с ХПН нарушения липидного обмена отмечаются еще в додиализной стадии и гемодиализ не ликвидирует изменения липидного спектра крови. Наиболее важное значение в развитии кардиоваскулярной патологии у больных с ХПН имели следующие показатели: пол, возраст, степень ночного снижения уровня артериального давления и длительность течения ишемической болезни сердца. Кальцификация сердца у пациентов на программном гемодиализе встречалась значительно чаще, чем в общей популяции и проявлялась главным образом кальцинозом коронарных артерий и клапанов, но может быть представлена и диффузной кальцификацией миокарда. По нашим данным, кишечная метаплазия слизистой желудка чаще встречалась у пациентов старшего возраста ($R = 0,18$, $p = 0,046$); при длительном воздействии уремических факторов; стойкой контаминацией *Helicobacter pylori* ($R = 0,30$, $p = 0,025$); увеличенной экспрессией интерлейкина-10 ($R = 0,36$, $p = 0,006$); уменьшенной активностью интерлейкина-6 в слизистой. Другими факторами риска развития патологии внутренних органов были: снижение биологической активности анаболических гормонов, низкая физическая активность диализных пациентов, интеркурентные заболевания (инфекции), депрессии, медикаментозные воздействия, кровопотеря, повышение в крови уровня потенциальных «уремических токсинов». Основными патогенетическими факторами, влияющими на тяжесть аффективных расстройств были анемия, тяжелая сердечная недостаточность, наличие онкологических заболеваний, тяжелая сочетанная соматическая патология. Выявлена прямая взаимосвязь тяжести аффективных расстройств с высоким уровнем индекса коморбидности, тяжестью сердечной недостаточности, наличием онкологических заболеваний.

Заключение. Проблемы патологии у пациентов, получающих лечение гемодиализом, требуют объединения усилий врачей различных специальностей.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шорохов К.Н. Нестерова Н.Н. Мазманова В.С. Ким С.В. Юсупова А.В.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
“ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №2” Санкт-Петербург

Актуальность. Наличие одышки у пациентов с различными патологическими состояниями, сходными по клинической картине затрудняет диагностику и лечение основного заболевания и требует применения дополнительных инструментальных и врачебных ресурсов в приемном отделении многопрофильного стационара.

Цель исследования. Оценить возможность определения уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) для дифференциальной диагностики острой сердечной недостаточности (СН).

Материалы и методы. В период 2013-2014гг. в приемном отделении (ПО) ГМПБ № 2 обследовано 97 пациентов с клиническими проявлениями дыхательной недостаточности (ДН). Пациенты обследованы в ПО кардиологом и пульмонологом. В соответствии со стандартами оказания помощи всем пациентам выполнено электрокардиографическое исследование, рентгенологическое исследование грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, при высокой вероятности тромбоэмболии легочной артерии выполнялась компьютерная томография легких в ангиорежиме, исследование высокочувствительного тропонина, МНУП, D-димера.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 67 ± 17 лет, 60(61%) пациентов были мужчины. Заболевания легких в анамнезе регистрировались у 41(42%) пациента, застойная СН у 32(33%) пациентов, инфаркт миокарда у 26(27%). В 92% случаев основным симптомом была одышка, в 32% случаев имелось ортопноэ, кашель присутствовал у 45%. У 11(12%) пациентов имелся третий тон, у 40(41%) выслушивались хрипы в нижних отделах, набухание шейных вен имелось у 22(23%), отеки нижних конечностей определялись у 41(42 %). Синусовый ритм отмечался у 55(57%) пациентов, фибрилляция предсердий у 44(43%).

СН как причина ДН была установлена у 47 (48%) пациентов. В 99% случаев имелись признаки дисфункции левого желудочка – снижение фракции выброса, в 81% отмечалось увеличение кардиоторакального индекса, в 70% имелись нарушения ритма, сердечная недостаточность в анамнезе встречалась в 73% случаев, застойные хрипы выслушивались в 69% случаев. МНУП был достоверно выше в группе пациентов с СН и составлял 689 ± 213 пг/мл, против 125 ± 105 пг/мл в группе пациентов без сердечной недостаточности. Уровень МНУП достоверно возрастал в зависимости от функционального класса (ФК) СН по NYHA. При I ФК значения МНУП составляли 219 ± 51 пг/мл, II ФК - 389 ± 111 пг/мл, III ФК - 408 ± 61 пг/мл, IV ФК - 848 ± 44 пг/мл. Уровень МНУП ниже верхней границы нормы позволял достоверно исключать наличие СН у пациента.

Выводы. Уровень МНУП является достоверным маркером наличия СН. Активное использование МНУП позволяет точно определять наличие острой СН у пациентов с одышкой при наличии сходной клинической картины ДН и СН.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА РИВАРОКСАБАН (КСАРЕЛТО) В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Шорохов К.Н. Нестерова Н.Н. Мазманова В.С. Ким С.В. Юсупова А.В.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
“ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №2”, Санкт-Петербург

Цель исследования: Оценить эффективность применения нового перорального антикоагулянта Ривароксабан (Ксарелто) у больных в остром периоде тромбоза легочной артерии (ТЭЛА)

Методы исследования. В исследование было включено 50 пациентов (из них 68% - женщины) без клинической картины массивной ТЭЛА, средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 7,8$ лет. В соответствии со стандартами оказания помощи всем пациентам выполнено электрокардиографическое исследование, рентгенологическое исследование грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца (ЭХОКГ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей, исследование высокочувствительного тропонина, МНУП, D-димера. Диагноз был подтвержден при проведении компьютерной томографии легких в ангиорежиме (ангиокТ). ЭХОКГ, УЗДГ вен нижних конечностей выполнялись при поступлении (в течение 24-48 часов от момента госпитализации) и в динамике через 14 дней.

Результаты. При выполнении ангиокТ у 35(74%) больных была выявлена двусторонняя ТЭЛА. Источником тромбоза у 47(94%) пациентов был тромбоз глубоких вен нижних конечностей, признаков флотации по данным УЗДГ вен нижних конечностей у исследуемых пациентов не было. По данным ЭХОКГ у 45(90%) пациентов были выявлены признаки перегрузки правых отделов, тяжелая легочная гипертензия (среднее расчетное систолическое давление в легочной артерии составило $68,5 \pm 4,1$ мм.рт.ст.). В качестве антикоагулянтной терапии пациенты получали Ривароксабан в дозе 30 мг в сутки с момента поступления или со вторых суток после отмены нефракционированного гепарина (40 и 10 пациентов соответственно). Клинически улучшение состояния больных, регресс дыхательной недостаточности, уменьшение отека нижних конечностей отмечался, начиная с третьих суток лечения. В динамике через 14 дней у 33(70%) пациентов наблюдалась реканализация кровотока в венах нижних конечностей. При проведении контрольного ЭХОКГ у 39(78%) отмечено снижение среднего расчетного систолического давления в легочной артерии более чем на 15% ($p < 0.001$). После выписки из стационара в течение 6 месяцев рецидивов тромбозов в группе наблюдаемых больных не было.

Выводы: Использование препарата Ривароксабана (Ксарелто) в дозе 30 мг в сутки эффективно для антикоагулянтной терапии ТЭЛА. Использование препарата Ривароксабана (Ксарелто) позволяет достоверно уменьшить легочную гипертензию в остром периоде ТЭЛА.

О МЕХАНИЗМЕ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шпак Л.В., Смирнов С.А.

Тверской государственной медицинской университет.
Кафедра внутренних болезней ФПДО. г. Тверь

Актуальность: функциональная межполушарная асимметрия головного мозга, являясь фундаментальным свойством интегративной деятельности ЦНС, остается недостаточно изученной при внутренней патологии, и в частности, артериальной гипертензии (АГ).

Цель: оценка взаимосвязи показателей мозговой гемодинамики и корковой биоритмики с позиций парной деятельности полушарий позволит уточнить роль и последовательность функциональных и патологических изменений при АГ.

Материалы и методы: изучались симметричные параметры рео- и электроэнцефалограммы правого и левого полушария у 30 практически здоровых людей (мужчин – 12; женщин – 18; возраст - $25 \pm 2,0$ года) и 110 больных АГ (соответственно, 42 и 68; $42 \pm 3,0$ года; I стадия была – у 32, II- у 54, III – у 24).

Полученные результаты: В контрольной группе параметры интракраниального кровотока отражали эффективность ауторегуляции мозговой гемодинамики с некоторым левосторонним преобладанием и межполушарной асимметрией депрессии α -ритма слева - у $37,4 \pm 10,2\%$ (справа - у $8,3 \pm 4,1\%$; $p < 0,001$), свидетельствуя о физиологической доминантности левой гемисферы. При АГ от I к III стадии в левом полушарии нарастали снижение пульсового кровенаполнения, эластичности средних и крупных артерий, повышение тонуса мелких артерий и вен с усилением асимметрии кровотока в сочетании с нарастающим преобладанием десинхронизации α -ритма справа (от I к III стадии – в 33, 64 и 66 %, $p < 0,05-0,001$), что в сочетании с левосторонней медленноволновой тета-активностью означает усиление активности правого при депрессии левого полушария в связи с более выраженными дисциркуляторными изменениями последнего.

Выводы: у больных АГ от I к III стадии, по сравнению со здоровыми, нарастание дисциркуляторных расстройств и связанных с ними нарушений корковой нейродинамики ослабляет лево- и усиливает правополушарное доминирование.

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА МЫШЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шпак Л.В., Егорова И.В.

Тверской государственной медицинской университет, Тверь

В настоящий момент доказано, что изменения функционального состояния ЦНС как результат поражения главного органа-мишени при артериальной гипертонии (АГ) может обнаруживаться уже в подростковом возрасте. Последнее может повлиять на психическую работоспособность, интеллектуальные функции и эмоциональное состояние подростков, в результате чего незрелый рационально-рассудочный анализ провоцирует неадекватные реакции на внешние стимулы с избыточным вегетативно-сосудистым сопровождением, приводя к изменениям гомеостаза на миокардиально-гемодинамическом и психовегетативном уровне.

Цель работы: с помощью метода пиктограмм оценить структуру и динамику мышления у подростков с повышенным артериальным давлением.

Материал и методы: обследовано 125 подростков (возраст $17 \pm 0,3$ года), из которых у 44 – было высокое нормальное АД ($136 \pm 1,5/80 \pm 1,4$ мм рт.ст.), у 56 – АГ I степени ($144 \pm 1,2/86 \pm 1,3$ мм рт.ст.), у 25 – АГ II степени ($164 \pm 0,8/92 \pm 0,2$ мм рт.ст.). Оценивалась особенность целенаправленного мышления у подростков с артериальной гипертонией при помощи метода пиктограмм А.Р. Лурия в модификации Л.В.Шпак и И.Е. Юрова (1999).

Результаты: в обобщенной характеристике пиктограмм подростков с повышенным АД выявлялись снижение способности к обобщенной символической и адекватности ассоциаций, особенно к абстрактным понятиям, излишнее использование образов людей в ассоциациях, удлинение латентного периода и общего времени исследования, а также ухудшение опосредованной памяти и патопсихологические феномены торможения ассоциаций, спонтанной нумерации, называния изображений и использования буквенных обозначений.

От высокого нормального АД к АГ II степени снижалась способность к обобщенной символической, нарушалась адекватность ассоциаций, несмотря на то, что характер образов в большинстве случаев оставался целостно-конкретным, уменьшалось количество оригинальных и увеличивалось число популярных и стереотипных образов, что проявлялось снижением сюжетности рисунков и склонностью к символической. Однако, подростки проявляли явный интерес к исследованию, что отражало сохранение способности к обучению, стремление к познанию вообще и собственных способностей в частности.

При АГ I и особенно II степени наличие индивидуально значимых образов и патопсихологических феноменов в виде торможения ассоциаций, спонтанной нумерации и использования вопреки инструкции буквенных обозначений в пиктограмме приводило к удлинению латентного периода и общего времени исследования. Подростки с АГ I степени для запоминания стимульного слова более часто использовали неадекватные образы, а при II степени - и выхолощенные символы, что в последствии затрудняло воспроизведение, отражая ухудшение опосредованной памяти. От I ко II степени АГ явно нарастало количество индивидуально значимых образов, когда в качестве эмоционально важных нередко выступали понятия «горе» и «болезнь», ассоциирующиеся с головной болью.

Выводы: изучение особенностей целенаправленного мышления у подростков с повышенным АД показало, что при сохранении психической работоспособности и разнообразных связей предметного содержания между смысловыми значениями понятий, отмечаются признаки снижения уровня обобщения, бедность образных представлений, ухудшение опосредованной памяти и качества воспроизведения в сочетании с формированием патопсихологических феноменов торможения ассоциаций, называния изображений, упорядочения пиктограммы, что отражает когнитивные особенности психики, формирующиеся не только под влиянием соматического расстройства, но и в результате индивидуального развития личности.

ПОЭТ И ВРАЧ ЧЕРНИХОВСКИЙ В ВОЕННОМ ЛАЗАРЕТЕ

Иерей Гордей Щеглов

Минская духовная академия, г. Минск, Республика Беларусь

Саул Гитманович Черниховский (1875–1943) – выдающийся еврейский поэт и переводчик, один из основоположников новой поэзии на иврите. Родился в России. Умер в Израиле, где сегодня в каждом городе есть улица его имени.

Напряженную литературную работу Черниховский сочетал с медицинской практикой, будучи профессиональным врачом. Медицинское образование он получил в университетах Гейдельберга и Лозанны. Вернувшись в Россию, трудился врачом в Мелитополе, в Харьковском губернском земстве, затем перебрался в Петербург, где устроился в Клинический институт Великой княгини Елены Павловны внештатным ассистентом при профессоре В.А.Штанге. Одновременно занимался частной практикой в частной лечебнице.

Когда началась Первая мировая война, Черниховский-врач в составе лазарета имени преподобного Серафима Саровского, организованного на отчисления корпораций православных духовно-учебных заведений Российской империи, отправился в Минск, где проработал более двух лет. Хотя в лазарете Черниховский числился младшим врачом, основная медицинская работа лежала именно на нем. Вместе с тем служба в военном лазарете позволяла ему в полной мере раскрыться как специалисту. Пациенты лазарета любили доктора Черниховского за внимание, доброту, участливость, интеллигентность, и главное – высокий профессионализм. Ярким свидетельством этому служат многочисленные письма благодарности, которые получал Черниховский от солдат, чьи жизни и здоровье он спас в годы войны. Вместе с тем служба в военном лазарете отнимала все душевные силы. Показательно, что плодовитый поэт Черниховский, в мирное время вполне успешно сочетавший творчество с врачебной практикой, за два года войны написал всего два стихотворения: трагичное «Мимангинот га-зман» (Из песен нашего времени) и обнадеживающее – «Мангина ли» (Моя песнь). Всего два. Да и то, когда в лазарете почти полгода не велось медицинской работы в связи с эвакуацией. На Черниховском воистину исполнилось известное изречение: «inter arma silent musae» (среди оружия музы молчат). За труды, понесенные в военное время, Черниховский-врач был награжден двумя орденами: Св.Анны 3-й степени и Св.Станислава 3-й степени.

Поэт не был на фронте, но воочию видел, что делает с людьми война. Впоследствии он написал на иврите цикл автобиографических рассказов о военном времени, часть из которых посвящена сценам из жизни Серафимовского лазарета.

Служба в военном лазарете помогла Черниховскому приобрести богатейший врачебный опыт и по-настоящему возмужать, даже внешне. Если на фотографии сентября 1914 г. мы видим скромного молодого человека, несколько неуклюже одетого в военную форму, то уже через пару месяцев перед нами бравый усач в офицерской форме, в португее и с шашкой на поясе. Военная выправка с ним осталась, кажется, на всю жизнь. Спустя годы, видевшийся с Черниховским в Берлине Владислав Ходасевич, вспоминал: «Я ожидал увидеть изможденного человека... Но – в комнату врывается коренастый, крепкий мужчина, грудь колесом, здоровый румянец, оглушительный голос, стремительные движения. Не снимая пальто, усаживается на подоконник, говорит быстро, хлопая себя по коленке и подкручивая усы. У него военная выправка и хороший русский язык с легким малороссийским акцентом. Ничего поэтического и еще меньше – еврейского. Скорее всего – степняк-помещик из отставных военных».

До конца жизни Черниховский оставался практикующим врачом, служа медицине, которая, в общем-то, составляла основу его жизни. В последние годы был врачом городских школ Тель-Авива. В то время поэт уже имел широкое признание, его избрали представителем литературы на иврите в международном ПЕН-клубе и почетным президентом Союза ивритских писателей Эрец-Исраэль. А высокий авторитет дал ему право обратиться в сентябре 1941 г. по радио к евреям СССР в поддержку их борьбы против фашизма.

АНАЛИЗ СБОРА ДАННЫХ ОБ ОСНОВНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Яшин Д.А.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России, г. Челябинск

Цель работы: определить процент сбора данных об основных биологических и поведенческих факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний при проведении периодических медицинских осмотров

Материал и методы. Работа выполнена на базе популяционной лаборатории по контролю хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) клиники ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет». Проведена оценка сбора данных об основных биологических (повышенное артериальное давление (АД), дислипидемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение) и поведенческих (курение, пагубное употребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность (НФА)) факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых и других ХНИЗ при проведении периодических медицинских осмотров («профосмотров») работников одного из промышленных предприятий металлургической промышленности г. Челябинска. Проведен анализ «карт профосмотра» 492 работников (336 мужчин и 156 женщин), прошедших периодический медицинский осмотр в 2012-2014 гг. Оценивалось наличие в медицинских картах работников данных об уровнях АД, общего холестерина (ОХС), глюкозы, индекса массы тела (ИМТ), а также об основных поведенческих ФР.

Полученные результаты. Процент сбора данных об уровне АД - 93,9 %, об уровне глюкозы – 91,1 %, уровне ОХС – 90,4 %. Измерение роста и веса работников было проведено только у 3,7%, при этом ИМТ подсчитан у половины пациентов с данными о росте и весе (1,8 % от всех обследованных). При анализе данных о результатах измерения АД отмечается низкая вариабельность значений. Зафиксированы только следующие значения САД (мм рт.ст): 100, 105, 110, 115, 120, 130, 135, 140, 150, 160, 170; ДАД (мм рт.ст): 60, 70, 75, 80, 85, 90, 100, 110. При этом значения САД, равные 105, 115, 135 зафиксированы только у 3 пациентов соответственно, значения ДАД, равные 75 – у 2 работников, 85 – у 3 работников. Эти особенности косвенно свидетельствуют о низком качестве измерения АД.

Данные о статусе курения собраны только у 2,0% обследованных, а информация о таких поведенческих ФР, как курение, пагубное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность, нерациональное питание полностью отсутствовала.

Выводы. При анализе медицинских карт работников, прошедших периодический медицинский осмотр, можно выделить следующие особенности:

- высокий процент сбора данных о параметрах, входящих в обязательный объем обследования и характеризующих такие основные биологические ФР ССЗ и других ХНИЗ, как уровни ОХС, глюкозы, АД. При этом отмечается низкая вариабельность значений САД и ДАД;
- крайне низкий процент определения ИМТ, статуса курения;
- полностью отсутствует информация о таких главных поведенческих ФР ССЗ и других ХНИЗ, как пагубное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность, нерациональное питание;
- объем обследования при проведении периодического медицинского осмотра недостаточен для организации адекватной профилактики ССЗ и других ХНИЗ в организованной популяции.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Белоусова Л.В., Панкова П.А., Тоноян А.Г., Галиаскарова Д. З.
СПбГМУ имени академика И.П.Павлова

В связи с внедрением в современную медицинскую практику высокоточных визуализирующих методов исследований возросло число выявленных образований надпочечников.

Цель исследования: анализ клинико-морфологического соответствия оперированных образований надпочечников

Материал и методы: видеоэндолапароскопическая адrenaлэктомия по поводу образований надпочечников проведена 25 больным (20 женщин и 5 мужчин в возрасте от 34 до 73 лет, средний возраст составил 54.5 года).

Предоперационная лабораторная диагностика направлена на выявление вероятности гормональной активности образования надпочечников (феохромцитомы, альдостеромы, кортикостеромы или субклинического синдрома Кушинга), злокачественного процесса в надпочечниках и определения необходимости оперативного лечения с каждым случаем выявленного образования.

Исследовались кортизол сыворотки крови утром и в ходе ночного подавляющего теста с дексаметазоном (1 мг), анализ суточной мочи на метанефрины, уровень ренина, альдостерона (сидя, лежа), соотношение ренин/альдостерон, уровень калия крови. При наличии изменений в показателях пациентам выполнялось исследование суточной экскреции на свободный кортизол крови, 48-часовой подавляющий тест с дексаметазоном – 2 мг (при необходимости с 8 мг дексаметазона). Так же всем пациентам исследовались показатели липидного спектра, уровни тощаковой и постпрандиальной гликемии.

Изучение морфологического материала выполнялось общепринятыми гистологическими методами исследования.

Результаты: На основании проведенных обследований, данных морфологического исследования были выделены следующие группы:

I. Гормонально -неактивные образования (ГНО) – 17 человек (68 %).

Удельный вес аденокортикальных аденом среди ГНО составил 94.1 % (16 человек). Из них по преобладанию клеточных элементов: светлоклеточные (60 %), смешанные (33,3 %), темноклеточные (6,6 %) аденомы. 1 пациент оперирован по поводу ганглионевромы (5,9 %) с размером образования 83x52x78 мм. У 9 человек (52.9 %) с ГНО показанием к оперативному лечению стал размер образования (в среднем 4.2 см). Из них прогрессирование размеров образования надпочечника более 1 см по динамике КТ в течение года наблюдалось у 4 человек. У 5 пациентов (31.25 %) с аденокортикальными аденомами имели место различные нарушения в ходе гормональных исследований. Отсутствие подавления уровня кортизола на 1 мг дексаметазона выявлено у 4 человек (25 %). Средний уровень кортизола после пробы с 1 мг дексаметазона составил 427.2 нмоль/л. При этом у данной категории пациентов наблюдалось подавление уровня кортизола при проведении пробы с 2 мг дексаметазона. 1 человек (6.25 %) имел нарушение циркадности ритма выработки кортизола – уровень вечернего кортизола - 422 нмоль/л. У 3 пациентов (18.75 %) с аденокортикальными аденомами имело место сочетание нескольких признаков: отсутствие подавления на 1 мг дексаметазона (2 человека)/нарушение циркадности ритма секреции кортизола (1 человек) и динамика размеров образования в течение года больше 1 см. По данным объективного осмотра, клинико-лабораторных исследований среди пациентов с аденокортикальными аденомами ожирение диагностировано у 8 человек (50 %), ГБ у 14 человек (87.5 %), СД II типа – у 4 человек (25 %), дислипидемия – у 9 человек (56.25 %). У 5 человек (31.25 %) имело место сочетание всех вышеприведенных патологий.

II. Гормонально-активные образования – 8 человек (32%). Двусторонняя аденоматозная гиперплазия сетчатой зоны коры надпочечников – 2 человека (25 %). Аденокортикальная аденома клубочковой зоны (альдостерома) – 5 человек (62.5 %). Феохромоцитома (размер образования 52x54x35 мм) – 1 человек (12.5 %). Гормональная активность образований надпочечников подтверждена данными лабораторных исследований с проведением соответствующих тестов.

Выводы: анализ клинико-морфологического соответствия оперированных образований надпочечников выявил высокий процент аденокортикальных аденом у пациентов с признаками минимальной гормональной активности образований надпочечников в сочетании с комплексом метаболических нарушений, что подтверждает тезис о необходимости проведения углубленного гормонального обследования пациентам с выявленными образованиями надпочечников.

Инструментальная диагностика поражения легких при ревматоидном артрите

Нестерович И.И., Ночевная К.В., Сперанская А.А., Золотницкая В.П., Амосова Н.А., Власов Т.Д., Трофимов В.И.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова

Введение. Несмотря на мало- и бессимптомное течение, поражение легких становится причиной смерти 10-20% больных ревматоидным артритом (РА), а 5-летняя выживаемость пациентов с тяжелыми формами поражения составляет всего 20-36%. При этом очень часто имеется несоответствие между стертой клинической картиной и выраженностью изменений в легких, в связи с чем актуальным является раннее выявление и динамическое наблюдение данной категории больных.

Цель. Сопоставить информативность клинических и инструментальных данных с целью раннего выявления поражения легких у больных РА.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 70 пациентов с достоверным РА, которым проводились физикальное обследование, флюорография (ФЛГ)/рентгенография, компьютерная томография высокого разрешения (КТВР), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) легких и функция внешнего дыхания (ФВД) с определением диффузионной способности легких (DLCO). Только 10% больных имели клинически манифестированное поражение легких, ассоциированное с РА. В группу обследованных лиц не включались пациенты с сопутствующей пульмонологической патологией.

Результаты. Убедительных клинических данных за поражение легких при опросе и осмотре больных получено не было. Изменения на ФЛГ выявлены у 10% (пневмофиброз, очаговые изменения); на КТВР легких – у 90% (бронхообструкция, бронхоэктазы, бронхиолит, плеврит, «матовое стекло», ревматоидные узелки, легочная гипертензия); на ОФЭКТ у 80% – региональные снижения кровотока. Анализ ФВД показал снижение DLCO у 40%, рестриктивные нарушения – у 30%, бронхообструкция – у 70%, бронхоспазм – у 50% больных.

Выводы. Сопоставление клинических и инструментальных данных показало низкую информативность традиционного клинико-рентгенологического обследования, что диктует использование более чувствительных лучевых методов с целью раннего выявления поражения легких при РА.

ОЦЕНКА ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНО-ЭНТРОПИЙНОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Яшин Д.А.¹, Калев О.Ф.¹, Тырсин А.Н.²

¹ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский Университет» Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация; ² Научно-инженерный центр «Надежность и ресурс больших систем и машин» УрО РАН, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Цель: определить уровень энтропии популяции по основным биологическим факторам риска неинфекционных заболеваний в группах “здоровых”, “практически здоровых” и “больных” лиц.

Материал и методы исследования: по материалам комплексного сплошного углубленного клинико-эпидемиологического обследования 1402 мужчин сельской популяции дана оценка состояния здоровья по критериям “здоров”, “практически здоров”, “больной” и в этих группах определен уровень популяционной энтропии по параметрам, характеризующим основные биологические факторы риска (ФР) неинфекционных заболеваний (артериальное давление, общий холестерин, индекс массы тела, глюкоза). Энтропия – комплексная величина, характеризующая меру неупорядоченности (разброса ее составных элементов) и организованности (взаимной зависимости элементов) системы. Значение энтропии рассчитывали по методике, предложенной Тырсиним А.Н. с соавт. (2014 г.): Энтропия системы = \sum энтропий хаотичности подсистем + \sum энтропий самоорганизации подсистем. Энтропия хаотичности характеризует неопределенность системы, разброс ее составных элементов, при ее увеличении общая энтропия увеличивается, т.е. система становится более нестабильной. Энтропия самоорганизации определяется за счет совместной корреляционной взаимосвязи (не зависящий от типа распределения) между всеми элементами подсистем. Чем выше энтропия самоорганизации, тем слабее взаимодействие между элементами, тем выше общая энтропия. В качестве подсистем были выбраны уровни ФР.

Полученные результаты. Процент здоровых лиц составил $8,1 \pm 0,7$ % (здесь и далее средние величины представлены в виде средней относительной величины (P) \pm средняя ошибка относительной величины (mp)), практически здоровых - $13,7 \pm 0,9$ % и больных $78,2 \pm 1,1$ %. По мере увеличения возраста наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья. В возрастной группе 35-44 г. “здоровых” только 1,5 %, в возрасте 45 лет и старше - нет вообще. В возрастной подгруппе 18-24 г. уровень энтропии в группе “здоровых” - 6,63, в группе “практически здоровых” – 7,19, в группе “больных” - 7,77; в возрастной подгруппе 25-34 г. уровни энтропии составили 5,22; 7,37; 8,08 соответственно. Таким образом, системно-энтропийный анализ можно использовать при осуществлении профилактических программ. Так, если в какой-то одной из нескольких обследованных популяций будет выше уровень энтропии, то предварительно можно сказать о худшем состоянии здоровья данной группы и выделить ее для первоочередного вмешательства.

Вывод: у “больных” лиц в сравнении с “практически здоровыми”, а у “практически здоровых” в сравнении со “здоровыми” выше уровень популяционной энтропии по основным биологическим ФР неинфекционных заболеваний.

