



Посвящается 120-летию со дня рождения В.Х. Василенко

XII Национальный конгресс терапевтов

[сборник тезисов]

Москва

22–24 ноября 2017 года

ГОРОД ТЕРАПЕВТОВ



ЭКВАМЕР®

АМЛОДИПИН | ЛИЗИНОПРИЛ | РОЗУВАСТАТИН

1 капсула 1 раз в день
**УВЕРЕННОСТЬ ВРАЧА,
УДОБСТВО ПАЦИЕНТА!**

Эквимер® – единственная тройная фиксированная комбинация для комплексной терапии пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией^{1,2}



ВЕСОМЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

- ◆ Суточный контроль артериального давления и холестерина²⁻⁴
- ◆ Благоприятный профиль безопасности⁴
- ◆ Увеличение приверженности к терапии благодаря однократному приему⁵

5 мг + 10 мг + 10 мг 

5 мг + 10 мг + 20 мг 

10 мг + 20 мг + 10 мг 

10 мг + 20 мг + 20 мг 

На правах рекламы

1. <http://grls.rosminzdrav.ru/GRLS>

2. См. инструкцию по медицинскому применению препарата Эквимер®.

3. Карпов Ю.А. Кардиология. 2015; 55(9): 10–15.

4. Карпов Ю.А. ПМЖ. 2015; 27: 1581–83.

5. Mancia G. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2013; 34: 2194.



Посвящается 120-летию со дня рождения В.Х. Василенко

XII Национальный конгресс терапевтов

Сборник тезисов

Москва,
22–24 ноября 2017 года

Генеральные спонсоры



ГЕДЕОН РИХТЕР



Официальные спонсоры



Спонсор материалов



Спонсор регистрации



Генеральные информационные партнеры



Воздействие экстремальных техногенных факторов горнодобывающего предприятия на возникновение цереброваскулярных заболеваний

Абдрахманова Е.Р., Рахимкулов А.С.

Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа

Введение. Профилактика и лечение сосудистых заболеваний головного мозга представляют собой одну из актуальнейших проблем современной медицины, медико-социальная значимость которой определяется значительной долей сосудистой патологии мозга в структуре общей заболеваемости и смертности населения; высокими показателями временной нетрудоспособности и инвалидности больных в молодом работоспособном возрасте. Экстремальные техногенные факторы окружающей среды являются причиной формирования цереброваскулярных заболеваний. Типичным примером техногенного воздействия, связанного с выносом на поверхность медно-цинковой руды и сопровождающих ее элементов, является расположенный в Южном Зауралье крупный центр горнодобывающей промышленности – Учалинский горно-обогатительный комбинат. На руднике добываются медно-цинковые, цинковые, серно-колчеданные руды; особенность добычи руды – сочетание открытого и шахтного (подземная добыча) способов. На обогатительной фабрике получают медный и цинковый концентрат для металлургической промышленности, руда проходит дробление, флотацию, концентрирование, сушку. Рабочие подвергаются воздействию неблагоприятных факторов: вибрации и шума, пыли, взрывных газов, а также неблагоприятного микроклимата, обусловленного постоянным притоком грунтовых вод, вызывающих переохлаждение, что отражается на состоянии здоровья рабочих.

Цель исследования. Важным показателем, характеризующим состояние здоровья промышленных рабочих, являются показатели заболеваемости по результатам медицинских осмотров и заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Материалы и методы. Обследованный контингент рабочих Учалинского горно-обогатительного комбината на 62,7 % состоял из мужчин и 37,3 % из женщин. Рабочие в возрасте 20–29 лет составляли 18,9 %, 30–39 лет – 31,0 %, 40–49 лет – 33,7 % и 50 лет и старше – 14,4 %. Средний возраст обследованных составил $37,9 \pm 0,7$ года. Средний стаж работы до 5 лет имели 23,0 % рабочих, от 5 до 9 лет – 18,8 %, свыше 10 лет – 58,2 %. Средний стаж для всех обследованных составил $12,2 \pm 0,7$ года.

Результаты. Проведен анализ частоты встречаемости цереброваскулярных заболеваний у рабочих по материалам заболеваемости с временной утратой трудоспособности и периодического медицинского осмотра. Вегетативно-сосудистые расстройства встречались у 9,3 % рабочих Учалинского горно-обогатительного комбината. В условиях периодических медицинских осмотров обследованы 934 рабочих основных и вспомогательных цехов Учалинского горно-обогатительного комбината (72,6 % – мужчины и 27,4 % – женщины). Средний стаж составил $20,8 \pm 0,3$ года, средний возраст – $41,9 \pm 0,3$ года. Зарегистрированы энцефалопатии у 4,8 % обследованных, в основном дисциркуляторные, проявления сосудистой недостаточности головного мозга – у 7,1 % рабочих, синдром вегетососудистой дистонии – у 3,2 %, церебральная ангиодистония определена у 2,2 %. Проанализированы показатели накопленной профессиональной заболеваемости нервной системы на Учалинского горно-обогатительного

комбинате в динамике за 35 лет (1975–2010 гг.). За эти годы установлено 127 случаев профессиональных заболеваний, что составляет в среднем 3,62 случая в год. Наиболее подвержены профессиональному риску несколько профессий. Так, 1-е ранговое место занимают машинисты экскаватора – 21,4 %, затем бурильщики скважин и бурильщики на перфораторах – 16,0 %, далее проходчики – 14,7 %, машинисты бурового станка – 14,2 %, бульдозеристы – 9,1 %. В структуре накопленной профессиональной заболеваемости ведущее место занимают патологии опорно-двигательного аппарата, составляя 66,9 %, и вибрационная болезнь – 46,0 %.

Выводы. Таким образом, уровень профессиональной заболеваемости нервной системы среди рабочих изучаемого горно-обогатительного комбината характеризуется высокими показателями, значительно превышающими таковые по Российской Федерации (3,5–4,1 раза) и по Республике Башкортостан (4,8–5,6 раза). Высокий риск развития профессиональных заболеваний нервной системы имеют горные рабочие в профессиях машинисты-экскаваторы, проходчики, машинисты бурового станка, бульдозеристы. Изучение экстремальных техногенных факторов горнодобывающей промышленности на возникновение цереброваскулярных заболеваний является перспективным направлением современной неврологической науки.

Оценка комплексного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата у пожилых

Абдуллаев А.Х., Алихунова М.Ю., Турсунбаев А.К., Шукуров У.М., Югай Л.А., Закирова Д.К.

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

Заболевания опорно-двигательного аппарата широко распространены у пожилых, а снижение двигательной активности из-за болей в суставах, костях и мышцах приобретает особенно негативное значение у этой категории пациентов. Длительное пребывание в постели из-за болей в суставах оказывает неблагоприятные последствия (ухудшение функции кишечника, нарушения дыхательной и сердечнососудистой системы, компрессионные нейропатии, прогрессирование остеопороза и т.п.). Цель исследования – изучение эффективности комплексного лечения некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата с болями в спине у пожилых больных. Материалы и методы. Наблюдали пациентов пожилого возраста (60–74 года) с болями в спине (деформирующий спондилоартроз, остеохондроз, остеопороз). Исключали больных с отраженными болями, новообразованиями, нейрогенной спондилоартропатией, инфекционными заболеваниями, дисплазией. Пациенты 1-й группы (n = 17) принимали противовоспалительный препарат окситен (Grand Medical), 20 мг, 1 раз в день по 1 таблетке, 10 дней; больные 2-й группы (n = 15) – окситен + миорелаксант кеплерон (Grand Medical), в/м (4 мг), 2 раза в сутки, 5 дней; 3-й группы (n = 18) – окситен, кеплерон и сулавит (Vitamore) по 1 таблетке, 1 раз в сутки. Проводили общеклинические, лабораторно-инструментальные исследования, рентген-денситометрию (DEXXUM-T,

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

Южная Корея), при необходимости – КТ, МРТ, МСКТ и консультации соответствующих специалистов. Оценивали интенсивность боли по ВАШ, объем движений и выраженность корешкового синдрома.

Результаты. Наблюдение в течение 6 мес показало, что под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались изученные показатели (С-реактивный белок, лейкоциты, СОЭ, данные КТ, МРТ, МСКТ, рентген-денситометрии) и результаты оценки интенсивности боли по ВАШ, объем движений и выраженность корешкового синдрома. Наиболее частой причиной боли были воспаление и мышечный спазм. До лечения интенсивность боли по ВАШ у больных 1-й группы – 69 ± 7 мм, у пациентов 2-й группы – 70 ± 8 мм, 3-й группы – 71 ± 8 мм. Под влиянием лечения интенсивность боли у больных 1-й группы снизилась до 22 ± 5 мм, у пациентов 2-й группы – до 18 ± 4 мм и у включенных в исследование больных 3-й группы боли почти исчезли, и этот показатель составил лишь 12 ± 3 мм. Для обследованных больных были характерны повышение экскреции кальция с мочой, снижение его всасывания в кишечнике, недостаточное поступление кальция в костную ткань. Причиной остеопороза чаще были хроническая недостаточность кальция, снижение адсорбции кальция в кишечнике, гиподинамия. В конце наблюдения пациенты отмечали уменьшение болей в костях и мягких тканях, шаткости при ходьбе. Более выраженная положительная динамика, улучшение клинического состояния и изученных показателей, особенно остеопении по данным рентген-денситометрии, наступали раньше у больных 3-й группы. Комплекс окситен + кеплерон + сулавит (Д-глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, метилсульфонилметан, кальция карбонат, витамин D, экстракт корней лопуха и мумие) способствовал более быстрому улучшению состояния больных, купированию болевого синдрома и симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Наблюдение продолжается, побочных эффектов не отмечено. Пациенты продолжают принимать сулавит.

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение указанного комплекса, включающего противовоспалительный препарат окситен, миорелаксант кеплерон и сулавит в лечении пожилых больных с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Изучение некоторых эффектов статинов при коронарной болезни сердца с учетом полиморфизма генов

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Турдикулова Ш.У., Убайдуллаева З.З.

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

Цель исследования – изучить влияние аторвастатина и розувастатина на липиды, факторы воспаления и их безопасность у больных коронарной болезнью сердца (КБС) в узбекской популяции в зависимости от полиморфизма генов ApoE и HMGCR.

Материалы и методы. Наблюдали пациентов с КБС: стабильной стенокардией II и III ФК (средний возраст $59,1 \pm 8,4$ года). Больные были разделены на 2 группы (по 20 человек) и на фоне базисного лечения получали аторвастатин в дозе 20–40 мг/сут (1-я группа) и розувастатин в дозе 10–20 мг/сут (2-я группа) в течение 3 мес. Определяли ОХС, ХС липопротеинов высокой и низкой плотности (ХСЛПВП и ХСЛПНП), ТГ, СРБ, фибриноген, общий билирубин, активность АЛТ, АСТ, полиморфизм генов ApoE и HMGCR (Humalyaser 2000, Humareader Single, Humacod-DUO (Германия), полимеразная цепная реакция).

Результаты. Выявили более высокие показатели ОХС ($7,2 \pm 0,6$ ммоль/л); ТГ ($2,3 \pm 0,2$ ммоль/л), ХСЛПНП ($3,7 \pm 0,26$ ммоль/л) у больных ИБС со стабильной стенокардией III ФК, чем у больных со II и I ФК: $6,6 \pm 0,29$; $3,0 \pm 0,28$ и $1,2 \pm 0,11$ ммоль/л соответственно и более низкое содержание уровня ХСЛПВП у больных ИБС со стабильной стенокардией III ФК, чем у больных со II и I ФК: $1,15 \pm 0,14$ и $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно. ОХС после 3-месячной терапии аторвастатином снизился на 23 % ($p < 0,05$), ХСЛПНП – на 26 %. Розувастатин уменьшил эти показатели соответственно на 30 и 36 %. Изменения уровня ХСЛПВП на фоне терапии аторвастатином были не столь выражены (увеличение на 6 %), но выявлено снижение содержания ТГ на 30 % ($p < 0,05$). Розувастатин увеличил первый показатель на 8 % и уменьшил содержание ТГ на 38 %. На содержание СРБ и фибриногена влияние статинов оказалось сопоставимым. Аторвастатин уменьшил СРБ на 28 %, а фибриноген – на 4 % (недостаточно), розувастатин уменьшил эти показатели на 35,0 и 4,5 % (недостаточно). Неблагоприятного влияния испытанных препаратов на активности АЛТ, АСТ и содержание билирубина не выявлено. Выявлена ассоциация аллеля С с недостаточным снижением ЛПНП на фоне терапии статинами: $\chi^2 = 4,79$; $p = 0,03$; ОШ 2,53; 95 % ДИ 1,09–5,90. В популяции существует полиморфизм ApoE с наличием 3 основных аллелей: $\epsilon 2$, $\epsilon 3$ и $\epsilon 4$, кодирующих 3 основные изоформы ApoE: преобладающую изоформу E3 и 2 мутантные – E4 и E2. Чувствительность к статинотерапии оказалась выше у носителей ApoE2. Изучение аллельного полиморфизма генов ApoE и HMGCR помогает подобрать наиболее безопасную и эффективную гиполипидемическую терапию пациенту, выделить больных с «относительной резистентностью» к статинам. Оба препарата переносились хорошо, побочных явлений не отмечено.

Вывод. Определение неблагоприятных вариантов генных полиморфизмов у больных КБС в узбекской популяции способствовало более эффективному использованию препаратов, а персонализированный подход предотвратил появление побочных явлений и осложнений. Розувастатин оказал более выраженный гиполипидемический эффект и положительное влияние на основные изученные показатели.

Роль полиморфного маркера с807t гена ITGA2 в прогнозировании риска тромбозмболических осложнений у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий

Агибова Н.Е., Боева О.И., Байкулова М.Х., Беловолова Т.И., Власянц Е.А., Деревя М.В., Ермолин А.Р., Игнатенко И.В., Кривенко Н.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Цель исследования – изучение взаимосвязи между полиморфизмом с807t гена ITGA2 и тромбозмболическими осложнениями у пациентов с неклапанной ФП.

Материалы и методы. В когортное проспективное исследование были включены 102 пациента с неклапанной формой ФП, которые были госпитализированы в Ставропольский краевой клинический кардиологический диспансер в целях купирования пароксизма или коррекции терапии ФП. Критериями исключения были сахарный диабет, онкологические заболевания, недавно перенесенные травмы и операции, а также воспалительные заболевания в фазе обострения, невозможность поддержания контакта после выписки из стационара. Все пациенты заполнили добровольное согласие на участие в исследовании. Средний

возраст составил 55 (49–59) лет, было 83,3 % мужчин и 16,7 % женщин. Количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc не превышало 3. Включенные в исследование пациенты находились под динамическим наблюдением в течение 36 месяцев. Конечными точками считали развитие острого нарушения мозгового кровообращения и/или системных эмболических осложнений. Всем пациентам проводили стандартное клинико-лабораторное и инструментальное кардиологическое обследование. Определение полиморфного маркера с807t гена ITGA2 проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической схемой детекции результата с использованием набора реагентов SNP-ЭКСПРЕСС (ООО НПФ «Литех»), согласно приложенным инструкциям. Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 20 for Windows. Различия между долями оценивали с помощью критерия χ^2 Пирсона, а также критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса на непрерывность и точного критерия Фишера. Для оценки предсказательной роли признака вычисляли относительный риск с определением 95 % ДИ. Наличие или отсутствие связи между показателями определяли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена r . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В исследуемой когорте носителями генотипа CC полиморфного маркера с807t гена ITGA2 оказались 60 (58,8 %) пациентов, генотипа CT – 32 (31,4 %), генотипа TT – 10 (9,8 %) больных. Наблюдаемое распределение генотипов статистически не отличалось от ожидаемого, рассчитанного согласно равновесию Харди–Вайнберга. Конечные точки за период наблюдения достигли 14 (13,7 %) пациентов. В группе с генотипом TT пациенты статистически значимо чаще достигали конечные точки по сравнению группой генотипа CC (40 % против 6,7 % соответственно, $\chi^2 = 9,4$, $p = 0,002$), относительный риск неблагоприятного исхода составил 6 (95 % ДИ 1,78–20,19). В объединенной группе с генотипами CT + TT пациенты также статистически значимо чаще достигали конечные точки по сравнению группой генотипа CC (23,8 % против 6,7 % соответственно, $\chi^2 = 6,1$, $p = 0,013$), относительный риск неблагоприятного исхода составил 3,6 (95 % ДИ 1,2–10,63). При этом значимых различий между группами с генотипами CC и CT обнаружено не было (6,7 % против 18,8 % соответственно, $\chi^2 = 3,1$, $p = 0,076$). Была обнаружена прямая корреляционная связь между наличием редкого аллеля с807t и возникновением конечных точек, $r = 0,245$ ($p = 0,013$).

Выводы. Полиморфный маркер с807t гена ITGA2 может быть рекомендован для оценки риска тромбэмболических осложнений у пациентов с неклапанной ФП, что особенно актуально для группы больных с низким риском по шкале CHA2DS2-VASc, когда решение о назначении антикоагулянтной терапии остается на усмотрение врача.

Прогноз и клиническое течение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST у женщин с необструктивным поражением коронарного русла

Айрапетян М.А., Гордеев И.Г.

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

Введение. По данным статистики, за 2014 г. средний возраст пациентов с ИМ снизился с 64 лет до 60 лет. На протяжении длительного периода ОКС рассматривался с позиции ОКС с подъемом сегмента ST, и большую когорту в клинических исследованиях составляли мужчины, что привело к отсутствию достоверных алгоритмов в отношении женской популяции,

в связи с чем именно изучение особенностей прогноза и клинического течения ОКС без подъема сегмента ST у женщин моложе 55 лет с необструктивным поражением коронарного русла представляет собой особый интерес.

Цель исследования – выявление факторов риска, клинических, функциональных и лабораторных особенностей течения ОКС без подъема сегмента ST у женщин моложе 55 лет с определением маркеров краткосрочного прогноза заболевания.

Материалы и методы. Исследованы данные 701 пациента мужского и женского пола в возрасте до 55 лет с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST за период 2013–2015 гг., поступивших в ГКБ № 15 им. О.М. Филатова. Из 701 пациента 401 проведена диагностическая коронароангиография. Поражение менее 50 % выявлено у 127 пациентов, из них у 13 диагностированы интактные коронарные артерии, у 6 – зарегистрированы критерии неэквивалентности. За период наблюдения (6 мес) зарегистрированы 7 летальных исходов. В итоге в исследовании принимал участие 101 пациент (1-я группа – 51 женщина, 2-я группа – 50 мужчин) в возрасте от 29 до 55 лет. Средний возраст у мужчин – $46,7 \pm 6,8$ года, у женщин – $50,5 \pm 4,7$ года. Дальнейшее распределение пациентов проводилось в зависимости от исхода ОКС без подъема сегмента ST.

Результаты. В ходе работы мы получили данные, которые подтверждают, что основным фактором риска развития ОКС без подъема сегмента ST вне зависимости от пола, является артериальная гипертензия (92 % против 94 %). Было выявлено, что частота встречаемости ожирения выше в группе женщин (41 % против 28 %), в то время как дислипидемией (35 % против 44 %) и табакозависимостью (16 % против 36 %) чаще страдали мужчины. Искусственная менопауза встречалась в 37 % случаев. Высокий показатель СРБ отмечался у пациентов с ИМ без подъема сегмента ST, однако у женщин найдена корреляционная взаимосвязь между уровнем СРБ, развитием ИМ без подъема сегмента ST и поражением передней межжелудочковой ветви ($p < 0,01$). Патологические изменения на ЭКГ были зарегистрированы чаще у женщин, в то время как у мужчин развитие ОКС без подъема сегмента ST сопровождалось отсутствием изменений на ЭКГ (6 % против 66 %). Диастолическая дисфункция левого желудочка чаще встречалась в группе женщин (41 % против 34 %) при ИМ без подъема сегмента ST (64 % против 33 %). Ангиографическая картина коронарного русла в мужской популяции была более разнообразна и имела большее число пораженных сосудов (4 % против 14 %). У женщин чаще встречались 1- или 2-сосудистые поражения, в группе мужчин – 3- и 4-сосудистое. Достижение целевых цифр АД в обеих группах потребовало многокомпонентной терапии. Необходимость в трехкомпонентной гипотензивной терапии была выше в группе женщин (16 % против 10 %). На госпитальном уровне развитие осложнений было зафиксировано у 29 пациентов (44 % против 20 %). Только в группе женщин с ИМ без подъема сегмента ST зарегистрированы нарушения ритма (14 %), формирование постпункционной ложной аневризмы бедренной артерии (18 %) и признаки кровотечения из места пункции бедренной артерии (7 %). В период наблюдения нарушения ритма были зарегистрированы в группе женщин в 12 % случаев и в 8 % случаев в группе мужчин. При ИМ без подъема сегмента ST, ХСН развилась только у женщин – 14 % ($p < 0,01$). Выводы. 1. У женщин моложе 55 лет с необструктивным поражением коронарного русла при ОКС без подъема сегмента ST основным фактором риска является АГ в группу ведущих факторов риска также входит ранняя менопауза. 2. У женщин при ЭКГ-диагностике достоверно чаще регистрируются предикторы неблагоприятного прогноза. 3. У женщин моложе 55 лет необструктивный тип поражения коронарного русла чаще характеризуется 1-сосудистым поражением, однако госпитальный период и период наблюдения сопровождаются достоверно большим процентом осложнений. 4. У женщин моложе 55 лет с необструктивным типом поражения коронарного русла в случаях ИМ без подъема сегмента ST

отмечается корреляционное отношение между высоким уровнем СРБ и частотой поражения поражением передней межжелудочковой ветви. У женщин моложе 55 лет с необструктивным типом поражения коронарного русла ИМ без подъема сегмента ST в 64 % случаев сопровождается диастолической дисфункцией левого желудочка и в течение 6 мес у данной категории пациентов прослеживается высокий показатель развития ХСН.

Вариабельность сердечного ритма у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

Акимова А.В., Мионов В.А., Тарасова Е.В., Палабугина П.А., Таланкина А.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) могут встречаться у относительно здоровых людей, однако они нередко проявляются астенизацией, болевыми синдромами, психоэмоциональными нарушениями, вегетативной дисфункцией и являются фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы – оценить возможности метода ритмокардиографии (РКГ) в диагностике особенностей вегетативной регуляции синусового ритма сердца у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы. Обследованы 67 студентов УГМУ с медианой возраста 22 (20–23) года. Определялись внешние феновы НДСТ по карте, специально разработанной для данного исследования на основании Национальных рекомендаций российского научного медицинского общества терапевтов 2015 г. При выявлении 6 и более внешних феновов обследуемого включали в группу НДСТ ($n = 43$), лица, имеющие менее 6 феновов ($n = 24$), составили группу контроля. Группы были сопоставимы по возрасту ($p = 0,12$). Проведено исследование variability сердечного ритма (ВСР) методом РКГ. Обследование проводилось на аппаратно-программном комплексе КАП-РК-01-«Микор» (регистрационное удостоверение № ФС 02262005/2447-06 Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения). ВСР-показатели статистического анализа: медианы (25÷75 %) продолжительности RR-интервалов в секундах на анализируемой РКГ, стандартная девиация всех волн от средней величины RR, среднеквадратические отклонения каждого вида флуктуаций: гуморально-метаболического (σ_1), симпатического (σ_2), парасимпатического (σ_3) влияний отделов вегетативной системы, средняя амплитуда дыхательной аритмии (ARA). Соотношение факторов регуляции в синусовом узле после разложения волновой структуры ВСР на 3 частотные составляющие в программе «Микор» представлено процентными долями воздействия на пейсмекеры: гуморально-метаболического влияния – в очень низкочастотном, симпатического – в низкочастотном и парасимпатического – в высокочастотном диапазонах по отношению к тотальному спектру, принятому за 100 %. Выполнялась фоновая запись в положении лежа на спине, маневр Вальсальвы–Бюркера, проба Ашнера–Даньини, активная ортопроба, проба с физической нагрузкой, проба Шеллонга II. Для оценки статистической значимости полученных результатов использовали критерии Манна–Уитни и χ^2 . Различия достоверны при $p < 0,05$. Результаты. НДСТ с 6 и более внешними феновами выявлена у 64,2 % в исследуемой группе. У лиц с НДСТ достоверно чаще встречаются следующие феновы: плоскостопие ($p = 0,004$), положительный тест запястья ($p = 0,000$), астеническая грудная клетка ($p = 0,022$), гипермобильность I пальца кисти ($p = 0,002$),

тест I пальца ($p = 0,02$), переразгибание локтевого сустава ($p = 0,000$), переразгибание кисти ($p = 0,01$), высокое арковидное небо ($p = 0,05$), синдактилия II–III пальцев стопы ($p = 0,05$). Эти феновы можно считать наиболее значимыми при диагностике НДСТ. По данным РКГ группы были сравнимы по значениям межсистолических интервалов ($p = 0,92$), в фоновой регистрации РКГ различий исследуемых показателей не выявлено. Однако после маневра Вальсальвы–Бюркера группа НДСТ показала более высокие значения ARA ($p = 0,036$) и σ_3 ($p = 0,056$). Подобная тенденция была зарегистрирована и после пробы Ашнера–Даньини ($p = 0,07$; $p = 0,07$). После пробы с физической нагрузкой лица основной группы имели тенденцию к более высоким значениям σ_3 ($p = 0,073$) и достоверно отличались менее продолжительным периодом восстановления ($p = 0,001$).

Выводы. 1. НДСТ в исследуемой группе выявлена у 64,2 %. 2. Наиболее значимы для диагностики НДСТ плоскостопие, положительный тест запястья, астеническая грудная клетка, синдром гипермобильности суставов, высокое арковидное небо, синдактилия II–III пальцев стопы. 3. Среди лиц с множественными признаками дисплазией соединительной ткани повышено вагусное влияние на регуляцию сердечного ритма. 4. Метод РКГ может выявить при НДСТ особенности регуляции сердечной деятельности, которые не определяются другими методами диагностики.

Ремоделирование миокарда у больных с постинфарктным кардиосклерозом и дилатационной кардиомиопатией ишемического генеза

Аксенов А.И., Полунина О.С.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Цель исследования – разработать критерии дифференциальной диагностики постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) и дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) в сочетании с ПИКС на основе анализа данных доплеровской эхокардиоскопии (доплер-эхоКС).

Материалы и методы. Всего были обследованы 110 человек. Основную группу составили 80 пациентов с ИБС, имеющие в клиническом диагнозе ПИКС (верифицированный инфаркт миокарда давностью от 1 года и более). Средний возраст составил $58,0 \pm 2,1$ года. Группу контроля составили 30 соматически здоровых добровольцев. Средний возраст – $55,0 \pm 1,7$ года. Основная группа была разделена на 2 подгруппы. 1-ю подгруппу составили больные с ИБС: ПИКС + ДКМП (41 человек); 2-ю – больные с ИБС + ПИКС (39 человек). Диагноз ИБС выставлялся согласно Рекомендациям по диагностике и лечению стабильной стенокардии Российского кардиологического общества (РКО) 2010 г., Клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической ишемической болезни сердца МЗ РФ 2013 г. и формулировался по Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Всем обследованным лицам проводилась доплер-эхоКС на эхокардиографе Vivid7 Dimension (Германия) по методике двухмерной эхокардиографии с использованием M- и V-режимов, а также с использованием импульсно-волнового доплеровского и непрерывно-волнового доплеровского режимов. По стандартам Американского эхокардиографического общества определялись следующие параметры: конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) (КДРЛЖ), конечный диастолический объем ЛЖ (КДОЛЖ), конечный систолический размер ЛЖ (КСРЛЖ), конечный систолический объем ЛЖ (КСОЛЖ), медиально-латеральный размер

левого предсердия (РЛП). Кроме того, дополнительно нами математически были вычислены показатели-соотношения: предсердно-желудочковое отношение (ПЖО) – соотношение РЛП к КДРЛЖ, диастолический индекс сферичности ЛЖ (ДИСЛЖ), систолический индекс сферичности ЛЖ (СИСЛЖ). Статистическая обработка осуществлялась с помощью программного обеспечения Statistica 8.0 (©StatSoft Inc., 2012).

Результаты. Анализ средних значений показателей доплер-эхоКС у больных из 1-й группы с ДКМП + ПИКС показал значительное увеличение всех метрических и объемных параметров митральной кардиогемодинамики по сравнению с соматически здоровыми лицами из группы контроля. Так, КСРЛЖ выше в среднем на 61 %, (51,41 ± 0,14 мм против 32,00 ± 0,13 мм), КДРЛЖ выше в среднем на 24 % (63,64 ± 0,11 мм против 51,00 ± 0,15 мм), КСОЛЖ выше в среднем в 3,1 раза (126,32 ± 3,00 мл против 41,00 ± 2,50 мл), КДОЛЖ превышает показатель нормы на 88 % (206,82 ± 6,00 мл против 110,00 ± 4,00 мл). Отдельно сравнивались показатели-соотношения. Так, ПЖО в 1-й группе незначительно отличалось от контрольной: в среднем ниже на 9 % (0,700 ± 0,03 против 0,745 ± 0,030); ДИСЛЖ и СИСЛЖ выше в среднем на 35 и 40 % соответственно (1,00 ± 0,06 и 0,93 ± 0,06 против 0,65 ± 0,06 и 0,55 ± 0,06). Статистическая значимость различий между описываемыми показателями оказалась достаточной (p < 0,05). Аналогичным образом показатели доплер-эхоКС были проанализированы и во 2-й группе больных с ПИКС. Получено, что все показатели митральной кардиогемодинамики демонстрировали сохраненный уровень относительно группы контроля, а КДРЛЖ был даже ниже на 10 % (46,93 ± 0,14 мм против 51,00 ± 0,15 мм). Статистически значимых различий между рассмотренными показателями по сравнению с группой контроля не выявлено (p > 0,05). С другой стороны, показатели-соотношения существенно отличались от группы здоровых лиц. Так, ПЖО превышало уровень контроля в среднем на 24 % (0,951 ± 0,02 против 0,745 ± 0,03), ДИСЛЖ и СИСЛЖ, соответственно, на 20 и 25 % (0,79 ± 0,08 и 0,70 ± 0,08 против 0,65 ± 0,07 и 0,55 ± 0,07). При статистическом анализе эти показатели имели существенные различия при сравнении с группой контроля (p < 0,05). Это объясняется тем, что у больных с ПИКС ремоделирование миокарда осуществляется в основном за счет увеличения в размерах левого предсердия по всем параметрам.

Выводы. 1. У больных ИБС с ПИКС и ДКМП показатели митральной кардиогемодинамики достоверно выше, чем у соматически здоровых лиц. 2. У больных ИБС с ПИКС предсердно-желудочковое отношение всегда достоверно выше по сравнению с соматически здоровыми лицами. 3. Предсердно-желудочковое соотношение и диастолический индекс сферичности могут использоваться в качестве дифференциально-диагностического критерия у больных ИБС с ПИКС и ДКМП.

Состояние цитокинового статуса у больных анкилозирующим спондилитом

Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Хан Т.А., Исламова Д.Н.

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

Отбор пациентов (60 человек) проводился в соответствии с рекомендациями Рабочей группы по изучению анкилозирующего спондилита (АС) (ASAS, 2003). Диагноз болезни верифицировался по модифицированным Нью-Йоркским критериям. Средний возраст составил 45,4 ± 8,0 года. По оценке общей активности высокую активность заболевания имели 15 %, II – 60 % и I – 25 % больных. Функциональные нарушения определялись с помощью

индекса BASFI и опросника HAQ. Иммунологические исследования включали изучение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке методом ИФА на анализаторе Humareader single. Агрегацию тромбоцитов методом светорассеяния, с помощью анализатора агрегации AP-2110, свертывания крови на коагулометре HUMACLOT-DUO. Определяли протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). Уровень фибриногена в крови рассчитывали методом Clauss.

Результаты. Концентрации ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10 и ФНО-α у лиц контрольной группы составили 3,7 ± 0,59; 8,1 ± 1,88; 4,1 ± 0,58; 1,38 ± 0,67 и 4,8 ± 0,55 пг/мл соответственно. У больных АС отмечается увеличение ИЛ-1 в 1,7 раз (p < 0,05) при I степени и в 3,6 раз (p < 0,05) при II степени активности соответственно. Содержание ИЛ-6 повысилось в 9,0 и 10,5 раза (p < 0,05) в обеих группах соответственно, ФНО-α – в 6,4 раза (p < 0,05) у больных с I степенью АС и в 50,6 раза (p < 0,05) в группе с умеренной активностью. Причем содержание ИЛ-6 и ФНО-α у больных с более высокой активностью заболевания было достоверно выше. Выявлено достоверное повышение содержания ИЛ-4, ИЛ-10 в 2,0 и 2,6 раза в группе с I степенью активности и в 5 и 6 в раз (p < 0,05) у пациентов со II степенью активности соответственно в сравнении с контролем. Выявленные достоверные различия в содержании ИЛ-10 между группами больных с I и II степенью заболевания, по-видимому, отражают истощение компенсаторных гомеостатических механизмов, опосредующих регуляторный противовоспалительный потенциал, по мере прогрессирования заболевания. Для обоснования важности нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза в механизмах формирования активности АС проведен корреляционный анализ между данными показателями и содержанием в крови про- и противовоспалительных цитокинов. Получены обратные корреляционные связи: r = -0,20, p < 0,05 между уровнями АЧТВ и ИЛ-1; r = -0,31, p < 0,05 между АЧТВ и ИЛ-4; r = -0,41, p < 0,05 между АЧТВ и ИЛ-10. Выявлена прямая положительная связь: r = +0,52, p < 0,05 между уровнями ПТИ и ИЛ-1 β; r = +0,61, p < 0,05 между ПТИ и ИЛ-4; r = +0,42, p < 0,05 между ПТИ и ИЛ-10; r = +0,22, p < 0,05 между ПТИ и ФНО-α в крови исследуемых больных. Получены обратные корреляционные связи: r = -0,21, p < 0,05 между величиной МНО и ИЛ-1; r = -0,32, p < 0,05 между АЧТВ и ИЛ-10. Установлены прямые положительные корреляционные связи: r = +0,53, p < 0,05 между уровнями фибриногена и ФНО-α; r = +0,41, p < 0,05 между уровнями фибриногена и ИЛ-1 в плазме крови. Применение лазеротерапии способствовало стабилизации цитокинового статуса со снижением провоспалительных цитокинов на фоне возрастания противовоспалительных. Содержание ИЛ-1β на фоне лечения низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) снизилось на 30 и 32,4 % в группах как с I так и со II степенью (при снижении ФНО-α на 35,4 и 43,1 % в обеих группах, ИЛ-6 – на 36,10 % от исходного при I степени и на 37,8 % при II степени активности. На фоне лечения НИЛИ отмечалось значимое увеличение сниженного уровня ИЛ-4 с возрастанием на 46,0 и 52,5 % в обеих группах соответственно и ИЛ-10 на 57,8 и 59,3 % как у больных с I, так и со II степенью активности соответственно. Содержание ИЛ-1 снизилось на 6,0 и 17,3 % в группах с I и со II степенью (p < 0,05) при снижении ФНО-α на 6,0 и 20,1 % в обеих группах. ИЛ-6 – на 20 % при I и на 23,2 % при II степени активности (p < 0,05). Содержание ИЛ-4 увеличено на 15,0 и 8,7 % в группах с I и II степенью активности. Уровень ИЛ-10 также значительно улучшился в группе с I на 37,5 % и на 15,3 % в группе со II степенью активности (p < 0,001).

Выводы. Концентрация сывороточных про- и противовоспалительных цитокинов, обусловленная активностью процесса коррелирует с характером изменений в тромбоцитарно-сосудистом и коагуляционном гемостазе. Применение НИЛИ оказывает корректирующий эффект путем опосредованного влияния на систему цитокинов.

Дисфункция почек, ремоделирование сердца и коронарный атеросклероз у больных ишемическим инсультом

Алиджанова Х.Г., Шевченко Е.В., Нефедова Г.А., Алиев И.С.,
Рамазанов Г.Р., Чурсин А.В., Газарян Г.А., Петриков С.С.

Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Актуальность. Умеренная степень снижения почечной функции связана с повышенным риском развития ишемического инсульта (ИИ)/транзиторной ишемической атаки (D. Hayden, 2017) и может инициировать и ускорять ИБС (A. Vriasoulis, 2013). Через 3 мес после инсульта у 2–6 % больных развивается фатальное сердечно-сосудистое осложнение. Однако частота коронарного атеросклероза и нарушение функции почек при ИИ неизвестна.

Цель исследования – изучить функцию почек, геометрию сердца и распространенность коронарного атеросклероза у больных с ИИ.

Материалы и методы. В исследование включены 287 (179 мужчин и 108 женщин) человек, средний возраст – $67,9 \pm 10,0$ года. Первая группа – 180 (102 мужчины и 78 женщин) пациентов с острым ИИ; 2-я – 55 (41 мужчина и 14 женщин) с перенесенным ранее ИИ в интервале от 1 до 10 лет, поступившими в стационар с острым ИМ; 3-я – 52 (26 мужчин и 26 женщин) человек, умерших в остром периоде ИИ. Коронароангиография проведена 73 пациентам (1-я группа – 18; 2-я – 55). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле CKD-EPI.

Результаты. Пациенты 3-й группы при сравнении с другими были старше по возрасту; 68 % имели 2 основных заболевания (церебральное и кардиологическое); сердечно-сосудистые болезни у них встречались чаще, чем диагностировались при жизни. Для всех групп гипертоническая болезнь была фоновым заболеванием; хроническая болезнь почек (ХБП) соответствовала III стадии. Исходные показатели креатинина крови в 1-й и 2-й группах были ниже, чем в 3-й ($p = 0,01$). У половины пациентов 3-й группы азотемия постепенно нарастала. Исходно СКФ была $35,7 \pm 15,8$ мл/мин/1,73м², далее она составила $24,6 \pm 12,48$ мл/мин/1,73м² (ХБП IV стадии). У лиц 1-й и 2-й групп показатели СКФ в процессе наблюдения не менялись и соответствовали умеренному снижению почечной функции. Атеросклеротическое стенозирующее (≥ 75 %) поражение коронарных артерий было преимущественно 2- и 3-сосудистым; стеноз сонных артерий ≥ 50 % определялся у 79 % больных. Признаки ремоделирования сердца были более выраженными у пациентов 2-й группы: масса миокарда и толщина стенки левого желудочка (ЛЖ) были больше, камеры сердца расширены, фракция выброса (ФВ) существенно снижена ($44,0 \pm 11,8$ %; $p = 0,001$); чаще регистрировались признаки нарушения локальной сократимости в бассейне разных коронарных артерий – $6,4 \pm 4,0$ сегментов ($p \leq 0,0001$). Причиной изменений геометрии сердца были повторные ИМ, преимущественно передней локализации (34 человека), у перенесших ранее ИИ. В 3-й группе патоморфологически ремоделирование сердца выражалось утолщением стенки ЛЖ до $17,6 \pm 1,8$ мм (15–27 мм); увеличением массы сердца до 370–710 г; площадью постинфарктного рубца – от 16 до 60 %. Большая площадь перенесенного ИМ сочеталась со снижением сократительной функции ЛЖ, ЭКГ-признаками ишемии и жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца. В остром периоде ИИ в 1-й и 3-й группах чаще регистрировались пароксизмы желудочковой (18 и 24 %) и суправентрикулярной (56 и 36 %) тахикардии, атриовентрикулярной блокады (13 и 21 %).

Заключение. При ИИ отмечено умеренное снижение почечной функции. Прогрессирующая дисфункция почек усугубляет прогноз коронарной и церебральной патологии. Ремоделирование сердца более выражено у

лиц с перенесенным ИИ и ИМ. Коронарный атеросклероз ассоциируется с тяжестью и неблагоприятным прогнозом ИИ в остром и постинсультном периодах.

Неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии и асимптомная ишемическая болезнь сердца при остром ишемическом инсульте

Алиджанова Х.Г., Юсупова И.Г., Бабаян И.С., Кумпилова А.Д.,
Хамидова Л.Т., Рамазанов Г.Р., Газарян Г.А., Петриков С.С.

Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Актуальность. Желудочковая тахикардия (ЖТ) – одна из опаснейших форм аритмий (B. Korlap, 2009), которая чаще ассоциируется с ИБС и нередко регистрируется у больных инсультом (S. Corrikar, 2013). Генез ЖТ при ишемическом инсульте (ИИ) до конца не ясен, не разработаны терапевтические подходы к его лечению и профилактике.

Цель исследования – изучить состояние коронарного русла у больных с острым ИИ и неустойчивыми пароксизмами ЖТ при асимптомном течении ИБС.

Материалы и методы. Исследование сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ) проводилось 184 (106 мужчин и 78 женщин) пациентам с острым ИИ, средний возраст – $64,4 \pm 9,0$ года. Гипертоническая болезнь диагностирована у 179 (97 %), постинфарктный кардиосклероз – у 58 (31 %), постоянная форма ФП – у 40 (22 %), сахарный диабет – у 48 (26 %), атеросклероз сонных артерий – у 179 (97 %) человек. В остром периоде ИИ коронароангиография проведена 18 (15 мужчин и 3 женщины) пациентам.

Результаты. По результатам суточного мониторирования ЭКГ у 32 (24 мужчин и 8 женщин; 17 %) человек диагностированы неустойчивые пароксизмы ЖТ, состоящие из 3–6 комплексов с частотой сокращений от 132 до 190 в мин. Из них у 14 (44 %) диагностирована ИБС; 8 (6 мужчин и 2 женщины) перенесли ИМ; у 10 документирован коронарный атеросклероз; чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и коронарное шунтирование ранее проведено 6 и 2 пациентам, соответственно; повторный ИИ диагностирован у 2 мужчин с перенесенным ИМ. Фракция выброса (ФВ) составила $44,0 \pm 11,8$ %, расширение предсердий и левого желудочка отмечено у 12 (86 %) человек; признаки нарушения локальной сократимости – у 8 (57 %); помимо ЖТ у всех регистрировались частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия (единичная, групповая); смещение сегмента ST и отрицательный зубец T выявлены у 7 (50 %) человек. При бессимптомном течении ИБС у 18 (13 мужчин и 5 женщин) пациентов регистрировались пароксизмы ЖТ. ФВ составила $54,4 \pm 9,6$ % ($p = 0,01$), признаки ремоделирования сердца регистрировались реже (24 %), ЖТ сочеталась с экстрасистолической аритмией, но без признаков безболевой ишемии миокарда. По результатам коронарографии у больных с бессимптомной ИБС и пароксизмами ЖТ диагностировано 2- и 3-сосудистое атеросклеротическое поражение (≥ 75 %) коронарных артерий (6 и 12 человек соответственно). ЧКВ проведено 6 мужчинам, консервативная терапия назначена 2, и плановая хирургическая реваскуляризация миокарда рекомендована 10 пациентам. При суточном мониторировании ЭКГ после стентирования и назначения аритмической терапии пароксизмы ЖТ не регистрировались.

Заключение. Неустойчивые пароксизмы ЖТ диагностированы у 17 % больных острым ИИ. ЖТ при ИИ ассоциируется с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарного русла. Коронарография, проведенная в остром периоде ИИ, позволит разработать

дифференцированный подход к выбору тактики лечения. Реперфузионная терапия в остром периоде ИИ способствует благоприятному течению болезни и профилактике будущих сердечно-сосудистых событий.

Патогенетические варианты ишемического инсульта при фибрилляции предсердий

Алиева М.М., Гераскина Л.А., Гарабова Н.И., Фоянкин А.В.

Российский университет дружбы народов, Научный центр неврологии, Москва

Цель исследования – определить факторы сердечно-сосудистого риска и патогенетические подтипы ишемического инсульта у больных с ФП. Материалы и методы. Обследованы 89 больных, перенесших ишемический инсульт и имеющих ФП, из них 39 (44 %) мужчин и 50 (56 %) женщин, средний возраст составил 71 ± 8 лет. Постоянная ФП имела место у 52 (58 %) больных, пароксизмальная – у 37 (42 %) пациентов; клапанная ФП – у 4 (5 %) больных, неклапанная ФП – у 85 (95 %). Всем больным выполняли КТ/МРТ головы с оценкой величины и локализации инфаркта мозга, дуплексное сканирование магистральных артерий головы (МАГ), ЭхоКГ, при необходимости – холтеровское мониторирование. Для оценки выраженности неврологических расстройств использовали шкалу инсульта Национального института здоровья (NIHSS) и модифицированную шкалу Ранкина (mRS). Риск тромбозомболических осложнений оценивали с помощью шкалы CHA2DS2-VASc. Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

Результаты. АГ выявлена у 86 (97 %) пациентов, ревматизм – у 3 (3 %), сахарный диабет (СД) – у 23 (26 %), ИБС – у 25 (28 %), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I–II степени – у 46 (52 %), атеросклероз МАГ – у 47 (53 %), в том числе стеноз более 70 % диаметра сосуда – у 9 (10 %), хроническая болезнь почек (ХБП) II–III степени – у 69 (78 %) больных. Оценка риска по шкале CHA2DS2-VASc варьировала от 4 до 9 баллов, в среднем составила 6 (6; 7) баллов. Кардиоэмболический инсульт (КЭИ) был определен у 65 (73 %) больных, лакунарный (ЛИ) – у 15 (17 %), атеротромботический (АТИ) – у 9 (10 %). Выполнен сравнительный анализ 2 групп больных – с КЭИ и некардиоэмболическими (ЛИ и АТИ) подтипами. Различий между группами по полу и возрасту не выявлено. Группы также были сопоставимы по частоте АГ, ИБС, СД, ХБП, значениям mRS, оценке риска по CHA2DS2-VASc. Вместе с тем больные с КЭИ чаще страдали постоянной формой ФП (66 % против 37 %, $p = 0,016$); клапанная ФП (протезированный клапан сердца, ревматический митральный стеноз) верифицирована исключительно при КЭИ. Больные с КЭИ имели более выраженный неврологический дефицит по NIHSS 8 (6; 10) баллов против 5 (4; 7) баллов ($p = 0,001$), инфаркт мозга чаще локализовался в каротидной системе (91 % против 62 %, $p = 0,06$). Повторный инсульт чаще регистрировался при некардиоэмболических подтипах (45 % против 26 %, $p = 0,08$). Также ожидаемо чаще у них выявлялся гемодинамически значимый стеноз МАГ: 29 % против 3 % пациентов с КЭИ ($p = 0,01$).

Выводы. У пациентов с ФП имеет место широкий спектр факторов сердечно-сосудистого риска, предполагающий развитие инсульта не только по механизму кардиогенной эмболии. Некардиоэмболический подтип ишемического инсульта был верифицирован у трети пациентов с ФП и ассоциировался с пароксизмальной ФП, локализацией инфаркта мозга в вертебрально-базиллярной системе, гемодинамически значимыми стенозами МАГ, меньшей тяжестью неврологических расстройств, но более высокой частотой повторных инсультов. Переоценка роли ФП и недооценка значимости альтернативных механизмов патогенеза ишемического инсульта может явиться причиной неполного обследования

пациентов и ошибок в выборе тактики лечения, что может увеличить риск повторного инсульта. В частности, при АТИ ведущее значение приобретают терапия антиагрегантами, статинами и хирургические методы лечения атеросклероза, у больных с ЛИ – оптимальная антигипертензивная терапия. При этом пероральные антикоагулянты, рекомендуемые при ФП, могут не решить всех вопросов профилактики повторного инсульта при некардиоэмболических подтипах. Более того, неизвестна эффективность антитромботического действия новых пероральных антикоагулянтов при каротидном атеросклерозе, тогда как действенность варфарина доказана. Поэтому у больных с ишемическим инсультом и ФП для определения патогенетического подтипа ишемического инсульта необходима исчерпывающая оценка всех факторов сердечно-сосудистого риска в целях адекватной профилактики повторных ишемических инсультов.

Типы структурного ремоделирования левого желудочка при хронической фибрилляции предсердий

Аминова Л.Х., Мирончук Н.Н., Биглова А.Н.

Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа

Цель исследования – определить преобладающие типы структурного ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у лиц с хронической ИБС (ХИБС) и АГ на фоне хронической ФП и без нее.

Материалы и методы. Были обследованы 144 пациента с ХИБС и АГ, из них 57 мужчин и 87 женщин. Они были разделены на 2 группы. В 1-ю группу ($n = 44$) вошли пациенты в возрасте 76 (66–79) лет с хронической ФП, во 2-ю ($n = 100$) – в возрасте 70 (64–78) лет без ФП. Обе группы были сопоставимы по полу (U-тест $p = 0,2652$), возрасту (U-тест $p = 0,0798$), антропометрическим данным. ЭхоКГ-обследование проводилось на аппарате Siemens Sonoline G50 в М- и В-режимах фазовым датчиком с частотой 2,5–3,5 МГц. Определяли конечно-систолический размер (КСР), конечно-диастолический размер (КДР), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗС ЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП). Расчетным методом были вычислены масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле R. Devereux (1977), индекс массы миокарда (в виде отношения ММЛЖ/ППТ), индекс относительной толщины задней стенки (ИОТЗС) ЛЖ (по формуле $(2 \times \text{ТЗС ЛЖ}) / \text{КДР}$). Статистическая обработка выполнена в программе Statistica 6,0 (StatSoft, США) непараметрическими методами. Результаты представлены медианой и интерквартильным размахом (25 и 75 процентиля). Уровнем значимости считали $p < 0,05$.

Результаты. Гипертрофия ЛЖ была диагностирована у всех пациентов 1-й группы и у 96 (96 %) – 2-й группы. В 1-й группе ИОТЗС ЛЖ составил 0,44 (0,39–0,48) ед., ММ ЛЖ – 291,8 (244,6–367,3) г, ИММ ЛЖ – 151,4 (122,8–190,1) г/м². Во 2-й группе ИОТЗС ЛЖ составил 0,45 (0,4–0,5) ед., ММ ЛЖ – 268,6 (216,5–342,8) г, ИММ ЛЖ – 141,7 (114,9–170,2) г/м². Статистически значимых различий по данным показателям не было (U-тест, p ИОТЗС ЛЖ = 0,5801, p ММ ЛЖ = 0,0558, p ИММ ЛЖ = 0,133). Типы гипертрофии распределялись в группах следующим образом: концентрическое ремоделирование – у 19 (43 %) больных 1-й группы и у 34 (34 %) – 2-й группы (точный критерий Фишера $p = 0,3492$), концентрическая гипертрофия – у 22 (50 %) 1-й группы и 51 (51 %) – 2-й группы (точный критерий Фишера $p = 1,0$); эксцентрическая гипертрофия – у 3 (7 %) 1-й группы и 11 (11 %) – 2-й группы (точный критерий Фишера $p = 0,5515$). Заключение. Таким образом, у пациентов 1-й и 2-й групп с ХИБС и АГ наиболее часто определялись концентрическая гипертрофия (50 и 51 % соответственно) и концентрическое ремоделирование ЛЖ (43 и 34 % соответственно). Распределение различных типов гипертрофии в обеих группах было сходным (U-тест $p = 0,7489$) и не зависело от наличия ФП.

Центральное аортальное давление и жесткость магистральных артерий у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома и субклинического гипотиреоза

Андреева Л.А., Мартынов А.И., Панченкова Л.А., Трошина Е.А., Хамидова Х.А., Юркова Т.Е., Зиновьева С.Ю., Казанцева Е.Э., Медведева Л.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,
Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко,
Эндокринологический центр, Москва

В настоящее время скорость пульсовой волны (СПВ) является «золотым стандартом» измерения артериальной жесткости и включена в рекомендации по лечению АГ. Из-за вариабельности СПВ на протяжении суток целесообразно оценивать ее среднесуточный показатель и процент нормальных значений скорости пульсовой волны за 24 ч. Последний показатель отражает показатель РТИН (Pulse time index of norm). С жесткостью магистральных артерий тесно связано центральное аортальное давление (ЦАД).

Цель исследования – анализ суточных показателей ЦАД и артериальной ригидности у пациентов с эссенциальной АГ в составе метаболического синдрома (МС) и субклинического гипотиреоза (СГТ).

Материалы и методы. Обследованы 95 пациентов в возрасте 47 (30–65) лет, разделенных на 3 группы: с АГ – 30 человек, с АГ в составе МС (АГ + МС) – 40 и лица с АГ и СГТ (АГ + СГТ) – 25. Контрольная группа (КГ) состояла из 22 практически здоровых пациентов. Все обследуемым проводили 24-часовой мониторинг артериального давления (BP Lab Vasotens, «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия) с регистрацией параметров ЦАД (систолическое аортальное давление (САДао), диастолическое аортальное давление (ДАДао), индекс аугментации (Alхао, %), амплификация пульсового давления (РРА, %) и параметры артериальной жесткости (скорость пульсовой волны, РWVaо, м/с). Результаты представлены в виде медианы и 95 % ДИ.

Результаты. Суточный мониторинг аортального давления выявил статистически значимые различия уровней среднесуточных показателей САДао (АГ: $118,6 \pm 11,6$; АГ + МС: $118,30 \pm 12,1$; АГ + СГТ: $117,6 \pm 6,6$) и ДАДао (АГ: $82,2 \pm 6,8$; АГ + МС: $81,9 \pm 8,4$; АГ + СГТ: $81,0 \pm 8,7$) в исследуемых группах по сравнению с КГ ($107,8 \pm 6,2/75,9 \pm 5,6$) ($p < 0,01$; $p < 0,03$; $p < 0,05$). Достоверных различий по показателям ПАДао в течение суток в данных группах не отмечено, однако ПАД было выше в группе АГ + СГТ ($36,9 \pm 9,5$) по сравнению с группой АГ ($36,4 \pm 8,2$), АГ + МС ($37,1 \pm 6,5$) и КГ ($33,5 \pm 5,1$). Во всех исследуемых группах выявлены достоверно высокие показатели индекса аугментации в аорте Alхао (АГ: $-13,5 \pm 28,3$; АГ + СГТ: $-17,8 \pm 21,3$; АГ + МС: $-26,4 \pm 22,2$) по сравнению с КГ ($-43,4 \pm 13,0$) ($p < 0,00007$; $p < 0,0007$; $p < 0,004$), а также между группами АГ и АГ + МС ($p < 0,04$). Амплификация пульсового давления была значимо ниже в группах АГ ($125,1 \pm 8,1$) и АГ + СГТ ($126,4 \pm 7,5$) по сравнению с группами АГ + МС ($131,2 \pm 8,2$) и КГ ($133,2 \pm 4,6$) ($p < 0,002$; $p < 0,03$; $p < 0,00007$; $p < 0,004$). Скорость пульсовой волны РWVaо достоверно выше в группах АГ + МС ($10,4 \pm 1,3$) и АГ + СГТ ($10,0 \pm 1,12$) по сравнению с КГ ($7,9 \pm 0,4$) ($p < 0,0001$; $p < 0,007$) и группой АГ ($9,0 \pm 1,4$) ($p < 0,00006$; $p < 0,02$). Значение RWTТ статистически значимо ниже в группах АГ ($137,3 \pm 10,4$) и АГ + МС ($140,2 \pm 11,5$) по сравнению с КГ ($149,3 \pm 12,9$) ($p < 0,008$, $p < 0,03$), значимых различий с группой АГ + СГТ ($142,5 \pm 10,5$) не обнаружено. Наихудшие показатели индекса ригидности ASI были выявлены в группе АГ + СГТ ($154,5 \pm 34,3$) и АГ + МС ($145,4 \pm 21,8$) по сравнению с КГ ($130,3$

$\pm 16,7$) ($p < 0,009$, $p < 0,001$), статистически значимых различий с группой АГ не обнаружено. Суточный индекс нормального значения скорости пульсовой волны РТИН статистически значимо выше в группе АГ 74 (63–84) по сравнению с АГ + МС 29 (19–39) ($p < 0,001$) и АГ + СГТ 42 (29–55) ($p < 0,01$), а также в группах АГ + МС и АГ + СГТ по сравнению с КГ 86 (81–91) ($p < 0,005$; $p < 0,01$). Выявлена достоверная отрицательная корреляция РТИН с ММЛЖ ($r = -0,37$; $p < 0,005$).

Выводы. Результаты нашего исследования выявили ухудшение упруго-эластических свойств магистральных артерий в группах пациентов с АГ на фоне коморбидной патологии без статистически значимого различия показателей ЦАД. Необходимо дальнейшее изучение показателя РТИН в качестве маркера повреждения органов-мишеней.

Проблемы технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений, доступности медицинской помощи в региональном здравоохранении

Апухтин А.Ф.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

В октябре 2016 г. директор фонда «Здоровье», член Центрального штаба Общероссийского Фронта (ОНФ) Эдуард Гаврилов публично отметил сокращение количества госпитализаций на фоне роста внутрибольничной летальности, что свидетельствует о «невыверенной трехуровневой системе оказания медпомощи и о некачественной маршрутизации пациентов, которые, наряду с уменьшением числа медработников и сокращением коек, приводят повсеместно к снижению доступности медпомощи». Уменьшению доступности медицинской помощи способствует недостаточная оснащенность лечебных учреждений диагностическим оборудованием. По данным круглого стола Новгородского отделения ОНФ, прошедшего 29 июля 2014 г., местные учреждения здравоохранения хотя и были оснащены в рамках программы модернизации здравоохранения дорогостоящей медицинской техникой, однако она в полную силу не работала. Дефицит оборудования привел к тому, что 29 сентября 2017 г. президент России Владимир Путин распорядился выделить 77 млн руб. на поддержку объектов здравоохранения в Ярославской области. Средства, выделенные из резервного фонда президента запланированы на закупку нового медицинского оборудования и программного обеспечения. Наряду с нехваткой медицинского оборудования, в некоторых областях дорогостоящая медицинская техника простаивает. Проверка деятельности правительства Волгоградской области за 2013 г. счетной палатой города Волгограда выявила недостаточную эффективность государственных инвестиций в региональную медицину на уровне 64 %. В числе причин неэффективности государственных инвестиций счетная палата Волгограда обнаружила отсутствие квалифицированных врачебных кадров. В Волгоградском регионе инвестиционные недоработки здравоохранения частично компенсирует изобретательская деятельность врачебных кадров. Как показали пилотные исследования мнений врачебных кадров Волгограда, успеху изобретательской деятельности врачей препятствуют институциональные факторы, из которых наиболее значимы:

- отсутствие благоприятной законодательно-правовой и финансовой поддержки;
- отсутствие работающих с врачами инвестиционных структур.

Вследствие этого среди врачей отмечается снижение психологической готовности заниматься изобретательством. Дефицит технической оснащенности медицинским оборудованием регионального

здравоохранения, повсеместное снижение доступности медицинской помощи, снижение психологической готовности врачебных кадров заниматься изобретательством свидетельствуют о недостаточном использовании социально-значимого изобретательского врачебного потенциала на местах.

Гендерная и возрастная структура множественных хронических заболеваний у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений города Рязани

Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Заикина Е.В., Сучкова Е.И., Хотеевкова Н.В., Якубенко А.Н., Прокудина И.А., Волхонцева Т.С., Красильникова Е.В., Печенкина Е.А., Маркина О.А., Алексеева М.Н.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Городская поликлиника № 6, Городская клиническая больница № 10, Рязань

Цель исследования – изучить гендерную и возрастную структуру множественных хронических заболеваний (МХЗ), а также распространенность МХЗ среди пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений города Рязани.

Материалы и методы. Обследованы 1940 больных, находящихся под наблюдением участковых врачей-терапевтов, из них 646 мужчин и 1294 женщины в возрасте от 18 до 99 лет. Перечень включал следующие заболевания: ожирение, полиостеоартрит (ОА), АГ, стенокардия, ИМ, хроническую сердечную недостаточность (ХСН), цереброваскулярную болезнь (ЦВБ), гемиплегию, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), язвенную болезнь (ЯБ) желудка и/или двенадцатиперстной кишки, заболевания печени, заболевания почек, сахарный диабет 2-го типа (СД), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК). Все диагнозы установлены на основании результатов клинико-биохимических, инструментальных и морфологических методов исследования на основании общепринятых критериев.

Результаты. Распространенность МХЗ среди исследуемого населения составляет 40,5 %, без значительных гендерных различий. Во всех возрастных категориях отмечается преобладание женщин. Индекс полиморбидности по мере увеличения срока жизни увеличивается вне зависимости от пола, однако количество заболеваний в среднем до 75 лет превалирует у мужчин, с последующей инверсией, когда у женщин количество заболеваний выравнивается, а затем превышает аналогичные показатели у мужчин. Гендерные различия в структуре МХЗ отмечаются уже в возрасте 18–44 года, АГ чаще встречается у мужчин (62,1 %), чем у женщин (37,2 %), $p < 0,01$; при этом, у женщин АГ обычно ассоциировалась с заболеванием почек. В возрасте 45–59 лет различия по частоте встречаемости АГ стираются: 84,8 % мужчин и 81,8 % женщин, однако гендерное различие частоты заболеваний, обусловленных атеросклерозом становится более выраженным: стенокардия наблюдается у 25,1 % мужчин, 7,9 % женщин ($p < 0,001$); инфаркт миокарда – у 7,3 % против 0,3 % ($p < 0,001$); ХСН 18,8 % против 11,6 % ($p < 0,05$); ЦВБ 18,8 % против 10,6 % ($p < 0,05$). Вместе с тем у мужчин начинает нарастать частота выявления ХНЗЛ (23,0 % против 14,0 %, $p < 0,05$) и заболеваний печени (26,7 % против 14,9 %, $p < 0,001$). В возрасте 60–74 года на фоне нарастания частоты сердечно-сосудистых заболеваний гендерное различие сохраняется: стенокардия у мужчин – 51,4 %, у женщин – 42,4 % ($p < 0,05$); ИМ 17,4 % против 4,5 % ($p < 0,001$). Тенденция по частоте выявлений тех или иных заболеваний идентична группе среднего возраста, за исключением

нарастания частоты СД 2-го типа среди женщин пожилого возраста (17,4 % против 24,9 %, $p < 0,05$) и появления статистически значимого различия по выявлению ОАСНК у мужчин (4,5 % против 1,2 %, $p < 0,01$). В возрасте 75–90 лет стенокардия чаще встречается у женщин (69,7 % против 77,4 %, $p > 0,05$). У мужчин в 2 раза чаще встречается гемиплегия, несмотря на одинаковую частоту ЦВБ. У долгожителей гендерные различия по частоте заболеваний нивелируются. Ожирение в целом в исследуемой популяции встречается у 25,7 %, при этом значительных различий по мере старения не отмечено. При увеличении возраста индекс полиморбидности при ожирении увеличивается большими темпами, чем при его отсутствии ($p < 0,05$ для всех возрастных групп, начиная с возраста 45–59 лет).

Выводы. Анализ результатов по изучению гендерных и возрастных особенностей свидетельствует о том, что основополагающими причинами развития МХЗ являются старение и ожирение. В структуре МХЗ преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, суставов, почек. По мере старения отмечается увеличение количества болезней, приходящихся в среднем на 1 пациента. У мужчин индекс полиморбидности выше, чем у женщин, однако после 75 лет ситуация кардинально меняется – количество заболеваний у женщин нарастает.

Прогностические маркеры поражения печени у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа

Ахмадуллина Г.И., Курникова И.А.

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

Цель исследования – изучить функциональное состояние печени и выявить прогностические маркеры поражения гепатоцитов у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование гепатобилиарной системы у 29 пациентов с СД 2-го типа (мужчин – 5, женщин – 24). Длительность заболевания колебалась от 2 до 25 лет (9,41 ± 5,59 года). Средний возраст составил 52,8 ± 6,51 года. Большинство пациентов (89,6 %) к моменту исследования находились в условиях хронической гипергликемии (HbA1c 9,62 ± 1,29 %). Большая часть больных имели избыточную массу тела или ожирение различной степени: избыточная масса тела – у 7 человек (24,1 %) (ИМТ 26,98 ± 1,4 кг/м²), ожирение I степени – у 10 человек (34,5 %) (ИМТ 31,84 ± 1,55 кг/м²), ожирение II степени – у 4 пациентов (13,8 %) (ИМТ 36,8 ± 1,18 кг/м²), ожирение III степени – у 2 больных (6,9 %) (ИМТ 44,66 ± 3,78 кг/м²). У 6 пациентов (20,7 %) ИМТ соответствовал норме (ИМТ 23,6 ± 0,68 кг/м²). Всем пациентам были проведены клинические и биохимические исследования крови, УЗИ органов брюшной полости, динамическая гепатобилисцинтиграфия. Обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6,0 (Matematica®, Matlab®, HarvardGraphics®) американской фирмы StatSoft (1995). Для определения прогностической значимости показателей использовали ROC-анализ (Receiver Operator Characteristic) с помощью пакета программы MedCalc 12.5.0.0.

Результаты. Субъективные проявления патологии гепатобилиарной системы в виде болей или дискомфорта в правом подреберье предъявляли 10 пациентов с СД 2-го типа (34,5 %). Среди них у 1 больной наблюдалась гепатомегалия, у 2 – по данным УЗИ органов брюшной полости и динамической гепатобилисцинтиграфии были выявлены перегибы в области шейки желчного пузыря, у 2 – дискинезия желчевыводящих протоков, у 1 – афункционирующий желчный пузырь, у 5 пациентов в анамнезе холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. По данным УЗИ признаки, характерные для жирового гепатоза,

были обнаружены у 20 человек (68,9 %), у остальных экзогенность, эхоструктура и размеры печени были в пределах нормы. Анализ данных динамической гепатобилисцинтиграфии показал, что более чем у половины обследованных пациентов с СД 2-го типа была нарушена как поглотительная, так и экскреторная функции печени. У 50,0 % больных была замедленная поглотительная функция ($T_{\max} = 14,9 \pm 1,48$ мин, $p \leq 0,05$), у остальных – в пределах нормы ($T_{\max} = 10,0 \pm 1,68$ мин). Экскреторная функция оказалась замедленной у 50,0 % обследованных пациентов ($T_{1/2} = 61,6 \pm 10,76$ мин, $p \leq 0,05$), ускоренной – у 11,1 % пациентов ($T_{1/2} = 25,9 \pm 3,05$ мин, $p \leq 0,01$), у остальных – в норме ($T_{1/2} = 40,9 \pm 5,64$ мин). Статистический анализ графика линейных поверхностей, а также ROC-анализ позволили выявить ряд маркеров нарушения функционального состояния печени. При повышении уровня HbA1c (>8 %) и увеличение длительности диабета (>6 лет) замедлялась поглотительная функция гепатоцитов ($r = 0,51$, $p < 0,05$). ROC-анализ подтвердил прогностическую значимость длительности диабета в замедлении поглотительной функции печени. Численные показатели площадей под характеристической кривой (AUC) при длительности заболевания более 6 лет составили 0,747 ($p < 0,05$). Маркерами замедленной поглотительной функции являлись также гиперхолестеринемия ($>5,37$ ммоль/л, AUC 0,679, $p < 0,01$) и наличие поздних осложнений диабета (>3 , AUC 0,704, $p < 0,01$). К показателям, наиболее достоверно прогнозирующих замедление экскреторной функции печени, относятся: HbA1c $>10,7$ % (AUC 0,773, $p < 0,05$), ИМТ $>28,6$ кг/м² (AUC 0,727, $p < 0,01$), уровень холестерина $>4,38$ ммоль/л (AUC 0,714, $p < 0,001$) и длительность диабета более 11 лет ($r = 0,71$, $p < 0,05$) (AUC 0,679, $p = 0,186$).

Выводы. Отсутствие жалоб со стороны гепатобилиарной системы и изменений ультразвуковой картины не исключало наличие функциональных нарушений со стороны печени (в основном замедленной поглотительно-экскреторной функции), которые были выявлены с помощью динамической гепатобилисцинтиграфии. Наиболее значимыми предикторами развития замедленной функции печени являются (в порядке убывания прогностической ценности): HbA1c, длительность СД, гиперхолестеринемия и количество поздних осложнений.

Особенности аортальной гемодинамики у пациентов с ишемической болезнью сердца при наличии бессимптомного церебрального атеросклероза

Ахматова Ф.Д., Чукаева И.И., Аронов Л.С., Касаева Д.А.

Российский национально-исследовательский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 13, Москва

Рекомендации EuroPrevent 2016 г. определили наличие атеросклероза церебральных артерий как важный фактор, определяющий степень сердечно-сосудистого риска. Наличие бессимптомного церебрального атеросклероза или утолщения комплекса интима/медиа (КИМ) может оказывать существенное влияние на сердечно-сосудистую систему.

Цель исследования – изучить особенности аортальной гемодинамики у больных ИБС с сопутствующими бессимптомным атеросклерозом церебральных артерий.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных ИБС, медиана возраста – 54 (49–57) года; 15 пациентов со стабильной стенокардией напряжения, перенесших ИМ – 15. Клинических признаков церебральной гипоперфузии или хронической артериальной недостаточности нижних конечностей не выявлено. Всем больным было проведено ультразвуковое ангиосканирование экстракраниальных

артерий, после чего были выделены 2 группы: 1-я группа (13 больных) имела атеросклеротические бляшки в сонных артериях, 2-я группа (17 больных) – утолщение КИМ 0,9–1,3 мм. В группах исследования была проведена оценка факторов риска: курение, нарушения углеводного обмена, артериальная гипертония, наследственность, липидный профиль. Центральное АД измерялось методом апplanationной тонометрии (SphygmoCor).

Результаты. В 1-й и 2-й группах не выявлено различий по возрасту – 53,5 (49–56) и 52,0 (46–58) года, $p > 0,05$; длительности АГ – 5 (1,6–9,5) и 2 (0,1–15) года, $p > 0,05$; длительности курения – 30 (0–36) и 25 (0–30) лет, $p > 0,05$; объему талии – 105 (99–115) и 105 (98–114) см, $p > 0,05$. Липидный профиль в группах также не различался: холестерин – 5,79 (4,15–6,5) и 5,57 (4,67–6,14), $p > 0,05$; ЛПНП – 3,79 (2,21–4,84) и 3,56 (2,69–2,97), $p > 0,05$; липопротеины высокой плотности – 1,05 (0,93–1,15) и 1,25 (0,93–1,47), $p > 0,05$; ТГ – 1,77 (1,19–2,74) и 1,65 (2,0–2,39), $p > 0,05$. В группах отмечались статистически значимые различия параметров аортальной гемодинамики. В 1-й группе значения конечно-систолического давления были выше, чем во 2-й: 130 (112–142,5) и 95 (93–103) мм рт.ст., $p < 0,02$. Интегральный показатель диастолической площади под кривой «пульсовое давление–время» в 1-й группе был значимо выше, чем во 2-й: 3879,5 (3726–4079,5) и 2847 (2751–3383) мм рт.ст. \times с, $p < 0,01$. При проведении непараметрического корреляционного анализа в 1-й группе выявлена значимая положительная связь стенозирования сонных артерий с конечным систолическим давлением в аорте, $r = 0,74$, $p < 0,002$ и интегральным показателем диастолической площади под кривой «пульсовое давление–время», $r = 0,62$, $p < 0,02$. Во 2-й группе выявлена значимая положительная связь утолщения КИМ с аортальным индексом аугментации, $r = 0,64$, $p < 0,02$.

Выводы. При наличии бессимптомных атеросклеротических изменений церебральных артерий у больных ИБС изменяется аортальная гемодинамика: формируется высокое систолическое давление и недостаточный уровень диастолического давления. Такие изменения характерны для повышенного пульсового давления и создают предпосылки для снижения коронарной перфузии в диастолу, что может способствовать возникновению эпизодов ишемии миокарда.

Коронарный кальциноз при ишемической болезни сердца – связь с церебральным атеросклерозом и факторами сердечно-сосудистого риска

Ахматова Ф.Д., Чукаева И.И., Курбатова З.Ю., Литвинова С.Н.

Российский национально-исследовательский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 13, Москва

Кальциноз является одним из ранних проявлений коронарного атеросклероза, в рекомендациях EuroPrevent 2016 определение кальциноза коронарных артерий является фактором, используемым в оценке сердечно-сосудистого риска у асимптомных больных.

Цель исследования – изучить у больных ИБС связь коронарного кальциноза с церебральным атеросклерозом и традиционными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений (ФР ССО).

Материалы и методы. В исследование включены 69 больных ИБС, из них 27 – со стабильной стенокардией напряжения, 42 перенесших ИМ; медиана возраста – 53,9 (49–59) года, что по критериям Всемирной организации здравоохранения соответствует среднему возрасту. Клинических признаков атеросклероза других сосудистых бассейнов не выявлено. С помощью МСКТ определен суммарный объем кальция (ΣCaV , мм³) и объем кальция основных коронарных артерий: ствола левой коронарной

артерии (LM-CAV, мм³), передней межжелудочковой ветви (LD-CAV, мм³), правой коронарной артерии (R-CAV, мм³), огибающей артерии (C-CAV, мм³). Больным было проведено ультразвуковое ангиосканирование экстракраниальных артерий: у 13 выявлен бессимптомный церебральный атеросклероз, у 17 больных – утолщение комплекса интима/медиа (КИМ) 0,9–1,3 мм. Была проведена оценка ФР ССО: мужчин – 53, женщин – 16, курящих – 44, некурящих – 22; нарушений углеводного обмена – 22, без нарушений углеводного обмена – 45; АГ выявлена у 60 больных, без АГ – 9; наследственный фактор сердечно-сосудистых осложнений – у 22, отсутствие наследственного фактора – у 38. Целевой уровень ЛПНП был достигнут только у 3 больных, в связи с чем анализ кальциноза у них не проводился.

Результаты. Частота кальциноза основных коронарных артерий у больных ИБС, имевших бессимптомный церебральный атеросклероз, отличалась от больных, имевших утолщение КИМ: медиана значений LD-CAV в была соответственно 105 (17–154) и 14 (0–44) мм³, $p < 0,03$; медиана значений C-CAV у больных с церебральным атеросклерозом была 10 (0–310) мм³, а у больных с утолщением КИМ кальциноза не выявлено, $p < 0,05$; значения кальция LM-CAV и R-CAV не различались. Частота кальциноза основных коронарных артерий различалась у больных с АГ и без АГ: медиана значений LM – CAV у больных с АГ была 13 (0–16) мм³, а у больных без АГ кальциноза не выявлено, $p < 0,04$; значения кальциноза LD-CAV, R-CAV и C-CAV не различались. Анализ кальциноза основных коронарных артерий в зависимости от других ФР ССО различий не выявил. Суммарный объем кальция у мужчин и женщин – 97 (13–364) и 44 (0–283) мм³, $p > 0,05$; у курящих и некурящих – 130 (13–402) и 62 (11–163) мм³, $p > 0,05$; у больных с нарушениями углеводного обмена и без нарушений углеводного обмена – 186 (44–425) и 68 (11–240) мм³, $p > 0,05$; у больных с наследственным фактором сердечно-сосудистых осложнений и без наследственного фактора – 152 (17–256) и 106 (13–372) мм³, $p > 0,05$.

Выводы. Коронарный кальциноз основных коронарных артерий у больных ИБС средней возрастной категории более выражен при наличии сопутствующего бессимптомного церебрального атеросклероза и АГ. Наличие других ФР ССО не имеет значимого влияния на формирование коронарного кальциноза.

Частота выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции у больных с язвенным колитом

Бабаева Г.Г., Самедова Т.А., Бабаев З.М.

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

Актуальность. Язвенный колит продолжает оставаться одной из актуальнейших тем современной гастроэнтерологии. Вопросы о нарушениях координации функций эндотелия при воспалительных заболеваниях кишечника, в частности в патогенезе язвенного колита, пока остаются открытыми и малоизученными. Изучение данного аспекта облегчит понимание патогенеза данной патологии и наверняка расширит круг возможностей в диагностике и лечении язвенного колита. Среди известных маркеров эндотелиальной дисфункции наиболее широко изучена роль гомоцистеина, повышение которого рассматривается как риск повреждения эндотелия; появление альбуминурии и высокочувствительного СРБ (hs-CRP) считаются ранними маркерами проявлений эндотелиальной дисфункции.

Цель исследования – определение частоты выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции у больных с язвенным колитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры Терапии АзГИУВ им. А. Алиева, отделения воспалительных заболеваний кишечника MedEra Hospital и Memorial Klinika в период с марта 2015 г. до сентября 2017 г. У больных с язвенным колитом определялись: гомоцистеин (Axis-Shield, ИФА-метод) и hs-CRP (Biomerica, ИФА-метод) в крови, альбумин (MicralTest, Roche Diagnostics) в моче. В исследование были включены 39 больных, у которых в анамнезе не было указаний на цереброкардиальную патологию; возраст больных 17–78 лет ($29,8 \pm 2,7$ года); по половой принадлежности 20 женщин и 19 мужчин; по локализации патологического процесса: дистальный колит – 16 больных, левосторонний колит – 11 больных, тотальное поражение толстой кишки – 12 больных. Срок заболевания до обращения к врачу-специалисту составил 1,8–7,9 года ($4,1 \pm 0,9$ года).

Результаты. Из 39 пациентов с язвенным колитом у 33 уровень гомоцистеина (15–60 лет < 12 ммоль/л; > 60 лет < 16 ммоль/л) был повышен и составил в группе больных 17–40 лет 13,4–48,7 ммоль/л; 41–59 лет – 14,9–31,3 ммоль/л; старше 60 лет – 16,9–41,7 ммоль/л. Из 39 пациентов с язвенным колитом у 24 была выявлена альбуминурия (как микро-, так и макроальбуминурия) и составила 21,9–146,5 мг/л (при норме $< 20,0$ мг/л). Из 39 пациентов с язвенным колитом у 36 было выявлено повышение hs-CRP (высокий риск > 3 мг/л) в пределах 3,5–118,7 мг/л; из них у 17 больных от 3,5–10,0 мг/л, у 9 больных 10,4–28,0 мг/л, у 5 пациентов колебался от 28,2–57,9 мг/л, у 6 пациентов – от 58,0–94,6 мг/л, а у 2 пациентов составил от 95,4–118,7 мг/л.

Выводы. Повышение гомоцистеина и hs-CRP в крови и выявление альбуминурии у пациентов с язвенным колитом еще раз указывает на наличие эндотелиальной дисфункции у данной группы больных. Частота выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции при язвенном колите составила в среднем 79,4 %: для гомоцистеина – 84,6 %; для hs-CRP – 92,3 %; для альбуминурии 61,5 %. Учитывая высокие показатели в выявляемости вышеуказанных маркеров, пациенты с язвенным колитом должны быть отнесены к группе риска повышенного атерогенеза вне зависимости от исходного уровня холестерина.

Хронический эзофагит, ассоциированный с дисбактериозом и патологией гастродуоденальной зоны и особенностями его лечения

Базлов С.Н.

Тверской государственной медицинской университет, Тверь

Цель исследования – изучение микробиологических характеристик слизистой оболочки (СО) пищевода у здоровых лиц и пациентов с эзофагитом в сопоставлении с изменениями микробиологических параметров и патологическими процессами в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), поиск новых направлений в лечении эзофагита с позиций дисбактериоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. У 1022 человек проведен анализ эндоскопической картины эзофагогастродуоденальной зоны (ЭГДЗ) по протоколам эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС). У 10 здоровых добровольцев, 350 пациентов с хроническим гастритом (ХГ), дуоденитом и язвенной болезнью (ЯБ) и 16 пациентов с эзофагитом оценивался качественный и количественный состав микрофлоры биоптатов ЭГДЗ.

Результаты. Установлено, что из биоптатов СО пищевода здоровых лиц с эндоскопически интактной СО выделены микроорганизмы, относящиеся к 11 родам и видам. В 100 % случаев выявлялись стафилококки, в 60 % – *N. pylori*, в 50 % – стрептококки, в 10–30 % – бактероиды, стоматококки,

энтеробактерии, коринебактерии, микрококки, нейссерии, вейлонеллы в среднем количестве от 3,2 до 4,68 Ig КОЕ/г в сочетании 3–8 культур. В виде монокультуры *H. pylori* не встречался. Сходная картина наблюдалась и в интактной СО желудка и ДПК. Такие качественные и количественные взаимоотношения расценены нами как нормомикробиоценоз верхних отделов ЖКТ. При воспалении и эрозировании СО пищевода спектр микробной флоры расширялся до 15 родов и видов и в 49–50 % случаев состоял из стрептококков, стафилококков, бактероидов, лактобацилл, бактерий семейства Enterobacteriaceae. Менее чем у половины пациентов выделялись микроорганизмы родов *Corinebacterium*, *Micrococcus*, *Bacillus*, грибы рода *Candida*, *Veilonella*, *Neisseria*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Stomatococcus* в количестве 3,2–6,2 Ig КОЕ/г в сочетаниях 3–8 культур. *H. pylori* обнаруживался в 6,3 % случаев и в монокультуре не встречался, что, по нашей классификации, соответствует дисбактериозу пищевода I–II степени. Подобное расширение микробного спектра наблюдалось при ХГ, дуодените и ЯБ и соответствовало, по нашей классификации, дисбактериозу I–III степени. При анализе эндоскопической картины ЭГДЗ у больных эзофагитом оказалось, что изолированное поражение пищевода практически не встречалось. В 93 % случаев эзофагит сочетался с разными формами гастрита, в 52 % – с недостаточностью кардии, в 48 % – с признаками дуодено-гастрального рефлюкса, в 44 % – с дуоденитом, в 12 % – с ЯБ желудка, в 8 % – с ЯБ ДПК.

Выводы. У здоровых добровольцев микрофлора пищевода немногочисленна, микроорганизмы не встречаются в виде монокультуры, что расценено нами как нормомикробиоценоз пищевода. При хроническом эзофагите происходит расширение микробного спектра СО пищевода и сокращение встречаемости в СО *H. pylori*, возможно, за счет вытеснения его активизирующейся микрофлорой других родов микроорганизмов. Хронический эзофагит практически не бывает изолированным, а сочетается с патологией желудка и ДПК, причем микробиологические сдвиги в пищеводе при этом являются подобными изменениям в СО желудка и ДПК, соответствуя, по нашей классификации, дисбактериозу верхних отделов ЖКТ. При лечении хронического эзофагита необходимо учитывать наличие дисбактериоза и включать в схемы лечения антибактериальные препараты и пробиотики.

Роль биомаркеров эндотелиальной дисфункции в ранней диагностике сосудистых нарушений при вибрационной болезни и ее сочетании с артериальной гипертензией

Бараева Р.А., Бабанов С.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В клинической картине вибрационной болезни (ВБ) важное значение имеют сосудистые нарушения, связанные с прямым повреждающим действием вибрации на эндотелий сосудов, развитием нейрогормональных и рефлекторных расстройств, приводящих к изменению микроциркуляции, транскпиллярного обмена и прогрессированию тканевой гипоксии. Ангиодистонический синдром с приступами акроангиоспазмов является ведущим и имеет прогрессивное течение как при изолированной ВБ, так и при сочетании ВБ с АГ. В патогенезе сосудистых нарушений при ВБ ключевую роль играет эндотелиальная дисфункция (ЭД). ВБ у «стажированных» пациентов сопровождается увеличением доли лиц с АГ, особенно, при II степени заболевания. Приоритетным направлением клиники профзаболеваний является поиск ранних биомаркеров кардиоваскулярного риска при воздействии производственной вибрации и сочетанной патологии.

Цель исследования – изучить ранние биомаркеры ЭД при изолированном течении ВБ и в сочетании с АГ.

Материалы и методы. Обследованы 84 пациента с различными формами и степенью тяжести ВБ и 61 пациент с ВБ II степени (общая, локальная вибрация) в сочетании с АГ. Группа контроля – 30 человек, не имеющих контакта с производственной вибрацией. Определено содержание трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$), фактора роста эндотелия А (VEGF-A) в сыворотке крови методом ИФА. Определены показатели системного гемостаза: тромбоцитарный фактор роста ВВ (PDGF-BB), фибронектин – методом ИФА, фактор Виллебранда с помощью набора реагентов НПО-РЕНАМ (А.П. Момот, 2006).

Результаты. Уровень TGF- $\beta 1$ достоверно значимо повышен в группах больных ВБ независимо от степени тяжести и вида воздействующей вибрации и, особенно, в сочетании ВБ II степени с АГ по сравнению с контролем. Наиболее значимое повышение концентрации фактора TGF- $\beta 1$ наблюдалось при II степени ВБ от воздействия общей вибрации ($p < 0,001$), а также при ВБ II степени в сочетании с АГ независимо от вида воздействующей вибрации ($p < 0,001$). Содержание VEGF-A повышено как при I ($p < 0,05$), так и при II ($p < 0,01$) степени ВБ от воздействия локальной вибрации, а также при сочетании ВБ II степени от воздействия локальной вибрации с АГ ($p < 0,001$). Уровень VEGF-A наиболее значимо повышен при ВБ от воздействия общей вибрации: при I степени ($p < 0,01$), при II степени и в сочетании ВБ II степени с АГ ($p < 0,001$). Уровень фактора PDGF-BB был повышен у больных ВБ от воздействия локальной вибрации ($p < 0,05$) и в сочетании с АГ ($p < 0,01$). Наиболее значимое повышение PDGF-BB определено у больных ВБ от воздействия общей вибрации независимо от степени и в сочетании с АГ ($p < 0,001$). Уровень фибронектина достоверно повышен при ВБ II степени от воздействия локальной вибрации ($p < 0,01$) и при ВБ II степени от воздействия локальной вибрации в сочетании АГ ($p < 0,001$). При ВБ от воздействия общей вибрации уровень фибронектина был увеличен как при I ($p < 0,01$) и II степенях заболевания ($p < 0,001$), так и при II степени в сочетании с АГ ($p < 0,001$). Фактор Виллебранда у пациентов достоверно повышен как с I ($p < 0,05$), так и со II степенью ВБ от воздействия общей вибрации ($p < 0,001$) и в сочетании с АГ ($p < 0,001$). Менее значимое отличие, по сравнению с контролем, выявлено при ВБ от воздействия локальной вибрации при I и II степенях ($p < 0,05$), при сочетании с АГ ($p < 0,01$).

Выводы. У «стажированных» пациентов со II степенью ВБ от воздействия общей вибрации, особенно в сочетании с АГ, независимо от вида воздействующей вибрации, определяется увеличение эндотелиальных и тромбоцитарных факторов роста, фибронектина, фактора Виллебранда в сыворотке крови, что может свидетельствовать о повреждении сосудистого эндотелия, повышении мембранной активации эндотелиоцитов, тромбоцитов, инициации механизмов тромбогенеза и ангиогенеза. Данные факторы являются ранними биомаркерами ЭД при ВБ и ее сочетании с АГ, а также могут быть рассмотрены в качестве прогностических показателей в развитии сосудистых нарушений, их степени тяжести и исхода.

Особенности флюктуаций артериального давления у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой

Баранова Н.А., Овчинников Ю.В., Куроедов А.В.

Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка, Москва

Цель исследования – определить особенности флюктуаций АД и глазного перфузионного давления у пациентов с эссенциальной АГ и первичной

открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Задачи – выявить корреляции между показателями суточного мониторирования АД и внутриглазного давления (ВГД) у пациентов с АГ и ПОУГ.

Материалы и методы. В исследование включили 80 человек с разными стадиями ПОУГ (80 глаз), 20 женщин и 60 мужчин, разделенных на 2 группы (основная и контрольная) на основании наличия в анамнезе АГ. Дополнительное деление было произведено с учетом наличия в анамнезе начальной или развитой и далекозашедшей стадий ПОУГ. Средний возраст всех пациентов составлял $73,12 \pm 7,75$ года. Всем больным было выполнено суточное мониторирование АД (СМАД) и сопоставимое по времени исследование уровней ВГД с помощью прибора ICare TA01i (Tiolat, Финляндия). Для оценки степени компенсации офтальмотонуса были использованы оригинальные производные показатели: средняя скорость офтальмотонуса в течение суток, скорость «подъема» и «спуска», а также продолжительность «плато» в точке минимального понижения уровня ВГД. Результаты. АГ у больных основной группы носила преимущественно систолический характер, данные параметры были достоверно выше, чем аналогичные значения у группы контроля. Также выявлены достоверные отличия для среднего пульсового давления, вариабельности систолического АД у больных с начальной стадией глаукомы. Пациенты обеих групп имели нормальный тип кривой, с максимальными значениями уровней ВГД в утренние часы. Не было установлено достоверного отличия при анализе показателя средняя скорость офтальмотонуса во всех подгруппах ($p > 0,05$). Было установлено достоверное отличие продолжительности «плато» у пациентов с АГ с начальной стадией глаукомы (продолжительность составила 180 мин) по сравнению с остальными подгруппами ($p < 0,05$), что свидетельствует о благоприятном влиянии АГ на течение ПОУГ. У больных с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ и АГ прямая сильная корреляция между систолическим АД (САД) и уровнем офтальмотонуса была установлена однократно в 22.00 ($r = 0,94$). В то же время между диастолическим АД (ДАД) и ВГД было выявлено несколько временных значений, при которых присутствовала сильная прямая взаимосвязь: ночь – 00.00, 03.00, 06.30, 06.45, 07.00 и 07.45 ч, день – 12.45 и 13.00, вечер – 20.30 ч ($r = 0,81-0,94$). У пациентов контрольной группы с развитой и далекозашедшей стадиями ПОУГ было обнаружено наибольшее число «пиковых» колебаний уровня ВГД и минимальная продолжительность «плато» (не более 15 мин, $p < 0,05$). Для этих же лиц была определена умеренная и сильная отрицательные корреляции между САД и ВГД (в 12.15 и 03.30 ч, $r = -0,64$ и $r = -0,63$) и ДАД и ВГД (в 23.00, $r = -0,72$). У пациентов с начальной глаукомой был установлен аналогичный характер связи корреляция между уровнями САД и ВГД утром и в дневные часы (05.00, 13.45, 17.30, 17.45, 18.15 и 18.30 ч, от $r = -0,63$ до $r = -0,78$), а единственная достоверная взаимосвязь между ДАД и ВГД была сильной прямой по состоянию на 15.30 ч ($r = -0,68$). Были выявлены нарушения глазной перфузии у всех пациентов с развитой и далекозашедшей стадиями. У больных без АГ с данными стадиями ПОУГ перфузионное давление страдало преимущественно в ночное время с 00.00 и до утра и начинало улучшаться после пробуждения пациентов, что обусловлено неустойчивостью колебаний офтальмотонуса. А у больных с АГ эти нарушения происходят за счет повышенной вариабельности АД, а также связаны с приемом антигипертензивных препаратов, приводящих к снижению АД, ведущему к ухудшению перфузии.

Заключение. Приведенные выше данные подтверждают необходимость изучения колебаний уровней АД и ВГД в течение суток, в том числе и с учетом лекарственных препаратов, которые получает пациент, для оптимизации назначения системной и местной гипотензивной терапии. В то же время недостаточно определять только колебания уровней АД и ВГД, так как их взаимосвязь между уровнем АД и ВГД остается до сих пор дискуссионной, а агрессивное снижение уровня АД путем назначения большого количества гипотензивных препаратов,

быстрое снижение глазной перфузии повышают риск развития глаукомы.

Время проведения ревааскуляризации и динамика параметров электрической нестабильности миокарда

Барменкова Ю.А., Душина Е.В., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет, Медицинский институт, Пенза

Цель исследования – оценить динамику показателей турбулентности сердечного ритма (ТСР) и поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST (ИМnST) в зависимости от сроков проведения ревааскуляризации.

Материалы и методы. В исследование включены 90 больных с диагнозом ИМnST, которым проводилось лечение на базе отделения кардиологии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко. Средний возраст пациентов составил 52 (45–58) года, большинство – лица мужского пола (90 %). Критерии включения: возраст от 35 до 65 лет, наличие подтвержденного ИМnST по данным ЭКГ, уровню тропонина I, КФК-МВ, наличие по результатам коронароангиографии гемодинамически значимого стеноза инфаркт-связанной артерии при условии окклюзии других коронарных артерий не более 50 %, ствола левой венечной артерии – не более 30 %. Критериями исключения стали: повторный ИМ, хроническая сердечная недостаточность III–IV ФК по NYHA, блокада ножки пучка Гиса, ФП, искусственный водитель ритма, также другие тяжелые хронические заболевания. Всем включенным лицам в соответствии со стандартами оказания высокоспециализированной медицинской помощи было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), которому в 58 % случаев предшествовала системная тромболитическая терапия. При этом время от начала ангинозного приступа до проведения системного тромболитика составило 2 (1,3–5) ч, до инвазивного восстановления коронарного кровотока – 6,2 (3,7–13,8) ч. В рамках дальнейшего исследования всем больным на 7–9-е сутки, на 24-й и 48-й неделях лечения выполняли суточное мониторирование ЭКГ по 12 отведениям с помощью комплекса «Холтеровский анализ – Astrocard» (ЗАО «Медитек», Россия) с анализом параметров электрической нестабильности миокарда: ТСР и ППЖ. При анализе ТСР за патологические значения принимали ТО более 0 % и TS менее 2,5 мс/RR. Выявление ППЖ основывалось на изменении значений как минимум 2 показателей: QRSf >120 мс, HFLA >39 мс, RMS <25 мкВ. В зависимости от сроков проведения реперфузии инфаркт-связанной коронарной артерии все больные были разделены на 2 группы: 1-я – 40 пациентов (44 %), которым ЧКВ было выполнено в первые 6 ч от начала болевого синдрома, 2-я – 50 человек (56 %) с проведенной инвазивной ревааскуляризацией спустя 6 ч. Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту, ряду антропометрических показателей и локализации ИМ. Результаты. Патологические значения ТСР регистрировались у 25,6 % пациентов, при этом отклонение от нормы одного или обоих параметров ТСР чаще наблюдались в 1-й группе – 35 %, по сравнению со 2-й группой – 28 % ($p = 0,02$). Однако у пациентов с ранней реперфузией к 48-й неделе лечения получена положительная динамика показателя ТО, который снизился с $0,05 \pm 3,3$ до $-1,8 \pm 2,0$ % ($p = 0,01$). Во 2-й группе такого изменения показателей ТСР не выявлено. Наличие ППЖ обнаружено у 10 % включенных лиц. В обеих группах выявлено снижение параметра HFLA: у пациентов 1-й группы – с $28,1 \pm 9,0$ до $24,9 \pm 9,0$ мс ($p = 0,01$), во 2-й группе – с $28 (22-32)$ до $25 (18-32)$ мс ($p = 0,005$). Наряду с этим у пациентов с ранним ЧКВ также наблюдалось достоверное увеличение показателя RMS с $38,6 (23-68)$ до $59,4 \pm 34,0$ мкВ ($p = 0,02$).

Выводы. В группе больных ИМпСТ с ранними сроками проведения ЧКВ получена более благоприятная динамика турбулентности сердечного ритма, что указывает на восстановление барорефлекторной чувствительности у данных пациентов. Положительная динамика показателей поздних потенциалов желудочков в этой группе больных ассоциируется со стабилизацией электрофизиологических процессов в миокарде.

Ретроспективный анализ лечения до госпитализации у больных с острым коронарным синдромом, поступивших в кардиологический стационар

Батурич В.А., Муравьев К.А., Иванова А.В., Батурина М.В.

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

Очевидно, что эффективная фармакотерапия в условиях поликлиники должна обеспечить снижение вероятности развития коронарных событий и предотвратить госпитализацию. В связи с этим представлялось интересным оценить догоспитальное лечение у больных, поступивших в кардиологический стационар в связи с развитием ОКС. Было опрошено 200 пациентов. Оказалось, что на догоспитальном этапе мужчины, больные ИБС, принимали нитраты в 45 % случаев, антиагреганты – в 35 %, статины – в 11 %, бета-адреноблокаторы – в 20 %, блокаторы кальциевых каналов – в 15 %, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – в 44 %, диуретики – в 22 %. Женщины использовали нитраты в 34 %, антиагреганты – 26 %, статины – в 5 %, бета-адреноблокаторы – в 34 %, блокаторы кальциевых каналов – в 25 %, ИАПФ – в 52 %, диуретики – в 35 % случаев. Следовательно, можно предположить, что низкая приверженность фармакотерапии в условиях поликлиники предрасполагает к развитию коронарного синдрома. При этом настораживает низкий уровень применения статинов (как мужчинами, так и женщинами), бета-адреноблокаторов (особенно у мужчин) и антиагрегантов.

Исследование полиморфизмов некоторых генов-кандидатов при эндокардитах

Бахарева Ю.С., Максимов В.Н., Чапаева Н.Н.

*Научно-исследовательский институт терапии
и профилактической медицины, Новосибирск*

Введение. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – это нарушение функции клапанов сердца, обусловленное их деструкцией, ассоциированное с инфекционным воспалением эндокарда, сопровождающееся системными воспалительными и аутоиммунными реакциями. Неинфекционный эндокардит (НИЭ) характеризуется отложением на створках клапанов тромбов, не содержащих бактерий. Мы приводим сравнительный анализ частот аллелей и генотипов исследуемых полиморфизмов генов rs11697325 (-8202 A/G) гена MMP9, 4a/4b гена NOS3, I/D гена ACE, rs2476601 (C1858T) гена RPTN22, rs231775 (49 A/G) гена CTLA4 в группах с эндокардитом и у здоровых индивидуумов.

Цель исследования – выявление возможных ассоциативных связей между полиморфизмами генов-кандидатов и развитием эндокардита. Материалы и методы. Обследованы 175 пациентов с вегетациями на клапанном аппарате сердца (81 пациент с НИЭ и 94 пациента с ИЭ). Средний

возраст пациентов не имел существенных различий, большинство составили лица молодого и среднего возраста, по гендерному признаку в группе с НИЭ распределение оказалось в равном процентном соотношении, а в группе инфекционного эндокардита значительно преобладали мужчины, $p = 0,05$. Двести условно здоровых человек, сопоставимых по возрасту и полу составили контрольную группу. Пациенты с недавно перенесенными острыми состояниями (травма, полихимиотерапия, недавнее хирургическое вмешательство), а также беременные были исключены. Лица в контрольной группе не имели клапанной патологии. Информированное согласие было подписано всеми участниками исследования. Исследование выполнено в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Сыворотка крови была получена у больных, проходивших лечение и обследование в условиях ГБУЗ НСО ГКБ № 34 (главный врач В.И. Ярошно). Генотипирование выполняли на базе Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины. Статистический анализ проводили с помощью статистического пакета, версия 21.0 (SPSS). Распределение частот генотипов полиморфизмов соответствовало популяционному равновесию Харди–Вайнберга. Расчет величины ОШ проводили по методу Вульфа–Холдейна, который допускает рассчитывать ОШs по таблице 2×2 для случаев, когда хотя бы одна из ячеек таблицы имеет значение 0. Достоверность различий частот распределения изучаемых признаков в альтернативных группах определяли по критерию χ^2 с поправкой Йейтса на непрерывность и двустороннему варианту точного метода Фишера для 4-польных таблиц – RTMF2. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Было проведено исследование ассоциации полиморфизма rs11697325 (-8202 A/G) гена MMP9 с эндокардитами. Выявлено статистически значимое ($p = 0,03$) повышение частоты носительства генотипа AA в группе пациентов с эндокардитами (40 %) по сравнению с контрольной группой (22 %). Генотип AA повышает вероятность возникновения эндокардита практически в 2 раза, ОШ = 1,95, $\xi^2 = 5,27$. Частота носительства генотипа 4b/4b полиморфизма гена NOS3 в группе здоровых лиц оказалась выше, чем у пациентов с эндокардитами ($p = 0,006$), то есть наличие генотипа 4b/4b гена NOS3 уменьшает вероятность развития эндокардита, примерно в 2 раза, ОШ = 0,47, $\xi^2 = 7,64$. ОШ развития эндокардита у носителей генотипа TT полиморфизма rs2476601 (C1858T) гена RPTN22 выше, чем у носителей 2 других генотипов (C/T + C/C), $p = 0,006$, ОШ = 8,49, $\xi^2 = 9,3$. C I/D полиморфизмом гена ACE и rs231775 (49 A/G) гена CTLA4 ассоциации с эндокардитами не выявлено. Выводы. Для 3 полиморфизмов обнаружены ассоциации с эндокардитами – rs11697325 гена MMP9, 4a/4b гена NOS3, rs2476601 гена RPTN22. Таким образом, одним из перспективных направлений в создании панели маркеров риска развития эндокардитов является поиск молекулярно-генетических маркеров.

Ранний атеросклероз ветвей дуги аорты у пациентов с миокардитом

Бахметьев А.С., Степченкова Е.А., Двоенко О.Г., Лойко В.С., Семенова О.Н., Исаева Т.М., Курсаченко А.С.

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

Цель исследования – охарактеризовать варианты атеросклеротического поражения ветвей дуги аорты у пациентов с инфекционным миокардитом. Материалы и методы. Обследованы 7 пациентов (мужчин – 5; средний возраст – 28,7 года (24–34 года)) с диагнозом инфекционного миокардита

(средняя продолжительность заболевания – 5,75 года (4–8 лет)), находящихся на плановом лечении в кардиологическом отделении Клинической больницы им. С.П. Миротворцева Саратовского ГМУ. Ультразвуковое исследование ветвей дуги аорты проводили по стандартной схеме на стационарном аппарате экспертного класса Philips HD 11XE датчиками L2–4 МГц и C5–12 МГц на базе отделения ультразвуковой и функциональной диагностики. Оценивали толщину комплекса интима/медиа (ТКИМ), внутрисосудистые образования с измерением стенотического поражения в поперечном сечении, а также параметры гемодинамики. Стенозирующим атеросклероз считали в том случае, если просвет артерии был сужен более чем на 20 %. ТКИМ измеряли по задней стенке общей сонной артерии на 1 см проксимальнее бифуркации и считали нормальной при значениях до 0,9 мм. Из исследования исключены пациенты с диагнозом семейной гиперхолестеринемии.

Результаты. У всех пациентов (100 %) выявлены атеросклеротические изменения в артериях, отходящих от дуги аорты. У 4 больных (57,1 %) процесс носил стенозирующий характер в бифуркации сонных артерий (n = 2) и в проксимальной части внутренней сонной артерии (n = 2). Средняя степень стенозирования – 28,5 % (22–40 %). Во всех случаях атеросклеротические бляшки (АСБ) располагались полуконцентрически, преимущественно по задней стенке, являлись гомогенными и не представляли эмбологической опасности. Также нами не выявлено влияния найденных АСБ на параметры гемодинамики. У 3 пациентов (42,9 %) атеросклеротический процесс являлся нестенозирующим и характеризовался лишь увеличением ТКИМ (средняя ТКИМ 1,09 мм, min – 0,9 мм). Отметим, что при исследовании липидного спектра лишь у 1 пациента зафиксировано повышение ЛПНП. Также у всех обследованных отсутствовали такие факторы риска атеросклероза, как АГ, сахарный диабет, курение, ожирение. Мы не выявили связь между степенью атеросклеротического поражения ветвей дуги аорты и полом, возрастом, а также биохимическими показателями крови.

Выводы. Инфекционный миокардит является предиктором раннего атеросклероза в бассейне ветвей дуги аорты у пациентов молодого возраста. Во всех случаях атеросклеротическое поражение носило гемодинамически незначимый характер.

Проблемы назначения оральных антикоагулянтов больным с неклапанной фибрилляцией предсердий

Белокрылова Л.В., Пушкинов А.А., Иванова Э.С., Дороднева Е.Ф., Исакова Д.Н., Шорохова Т.Д.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Актуальность. ФП является наиболее распространенной аритмией в клинической практике, составляя примерно треть госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца. Инсульт, ассоциированный с ФП, обычно является более тяжелым, чем ишемический инсульт (ИИ) в результате других причин. В большинстве случаев неблагоприятные исходы можно предупредить с помощью антикоагулянтной терапии. Варфарин, назначаемый для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с мерцательной аритмией, является основным антикоагулянтом, применяемым в рутинной клинической практике. Однако, несмотря на многолетний практический опыт его применения и существующие алгоритмы терапии, при наличии абсолютных показаний варфарин получают не более половины пациентов. Это связано с опасением врачей, что даже при соблюдении требуемых рекомендаций существует вероятность развития передозировки варфарина, что может привести к кровотечению.

Цель исследования – оценка информированности врачей первичного звена о необходимости проведения антитромботической терапии при ФП и причин, ограничивающих прием оральных антикоагулянтов в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Исследование состояло из 2 этапов. На 1-м этапе проводилось анкетирование 50 врачей (участковые терапевты городских поликлиник г. Тюмени) для определения их информированности в назначении антитромботической терапии. На 2-м этапе проводилось анкетирование 30 лечащих врачей пациентов, перенесших ишемический инсульт на фоне неклапанной ФП. Статистическую обработку проводили в программе SPSS с использованием методов описательной статистики. Результаты. На 1-м этапе было опрошено 50 врачей первичного звена здравоохранения с использованием разработанной нами анкеты, включавшей вопросы о факторах риска тромбоэмболий при ФП, о выборе препаратов для профилактики осложнений при ФП, о необходимости контроля МНО. По результатам анкетирования врачей установлено, что международные рекомендации среди 93,75 % опрошенных являются «инструментом» в выборе лечения пациента с ФП. Информирование пациента с ФП об угрозе развития инсульта проводится в 50 % случаев, информирование пациента по ситуации – 37,5 и 12,5 % врачей не информируют пациента о риске развития инсульта. Многие врачи (87,5 %) считают, что высокий риск развития ИИ при ФП можно определить по сумме баллов в шкале CHA2DS2; 31 % специалистов оценивают риск по результату МНО и 19 % – по уровню АД. Также врачам был задан вопрос, является ли обязательным использование антикоагулянтной терапии в лечении пациентов с ФП. В 75 % случаев врачи ответили «обязательно», в 31,25 % – «зависит от соматического состояния пациента», 81,25 % врачей выбирают препарат в зависимости от современных рекомендаций, 37,5 % – в зависимости от стоимости препарата. Освещался вопрос о назначении анализа МНО пациентам с антикоагулянтной терапией, в результате 75,0 % опрошенных назначают всегда и только 6,25 % не назначают, остальные назначают по необходимости. На 2-м этапе проводилось анкетирование 30 лечащих врачей, наблюдающих амбулаторно больных с ФП после ИИ. Анкетирование врачей выявило следующие проблемы в назначении оральных антикоагулянтов:

- отсутствие комплаентности пациентов в приеме оральных антикоагулянтов (варфарин);
- сложность с подбором дозы и необходимость регулярного контроля МНО;
- страх перед геморрагическими осложнениями;
- высокая стоимость современных оральных антикоагулянтов, не требующих контроля МНО (ривароксабан, дабигатран).

Выводы. Анкетирование врачей демонстрирует высокий уровень информированности о необходимости антикоагулянтной терапии при ФП, при низкой приверженности в выполнении Национальных рекомендаций.

Регистр перикардитов факультетской терапевтической клиники: нозологический спектр и подходы к лечению

Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Саркисова Н.Д.

Факультетская терапевтическая клиника им. В.Н. Виноградова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования – проанализировать регистр перикардитов кардиологического отделения ФТК им. В.Н. Виноградова, оценить их нозологический спектр, подходы к диагностике и лечению.

Материалы и методы. За период 2007–2017 гг. в регистр включены 58 больных с диагнозом «перикардит» от 20 до 80 лет (средний возраст $52,7 \pm 15,0$ года), 37 женщин и 21 мужчина (соотношение менее 2:1, возраст $55,4 \pm 13,9$ и $46,8 \pm 15,6$ года, $p < 0,05$). Пациенты с застойным выпотом и изолированным гипотиреозом не включались. Диагностическая пункция перикарда проведена 3 больным, плевральная пункция – 10. Морфологическая диагностика включала эндомиокардиальную ($n = 4$), трансбронхиальную ($n = 1$), торакоскопическую биопсию внутригрудных лимфатических узлов ($n = 2$), легкого ($n = 1$), интраоперационную биопсию плевры и/или перикарда ($n = 5$), биопсию надключичного лимфатического узла ($n = 1$), слюнной железы ($n = 1$), подкожного жира на амилоид ($n = 1$). Проводили определение генома кардиотропных вирусов, уровня антикардиальных антител, СРБ, АНФ, РФ (АЦЦП), ANCA, ENA, иммуноэлектрофорез белков, диаскин-тест, МСКТ легких и сердца, МРТ сердца, консультация фтизиатра, онкопоиск.

Результаты. Перикардит с большим выпотом (2 см и более) диагностирован у 15 больных, с малым – у 39, сухой – у 4. Верифицированы следующие формы перикардита: туберкулезный (15 %, и еще 2 % в сочетании с ГКМП), острый/хронический вирусно-иммунный (11 %) и инфекционно-иммунный (34 %), в том числе с миокардитом – в 77 %, перикардит в рамках лимфомы средостения и опухоли сердца (3 %), саркоидоза (3 %), диффузных болезней соединительной ткани (системной красной волчанки, ревматоидного артрита, болезней Хортон, Такаясу, Шегрена (14 %)), AL-амилоидоза (2 %), ГКМП (вирусно-иммунный – у 4 %, туберкулезный – у 1,9 %), ИБС (констрикция после неоднократных пункций по поводу синдрома Дресслера и последующего нагноения; постинфекционный и иммунный у больных с шунтированием и стентированием в анамнезе, 5 %), гипотиреоза в сочетании с неустановленной причиной (2 %), после радиочастотной абляции (2 %). Среди причин большого выпота преобладал туберкулез (33 %), малого выпота – инфекционно-иммунный перикардит (51 %). Перикардит с признаками констрикции диагностирован у 13 больных (22,4 %), его ведущими причинами были туберкулез (46 %), диффузные болезни соединительной ткани и васкулиты (23 %). Для инфекционно-иммунного перикардита характерны длительное относительно доброкачественное течение и преимущественно небольшой по объему выпот. Изолированный иммунный перикардит отличается большим воспалительной активностью, объемом выпота и более упорным течением. Перикардит в рамках системных иммунных болезней в 40 % случаев сочетался с миокардитом, в 2 случаях был вирус-позитивным, протекал преимущественно с малым выпотом. Основными видами лечения были стероиды ($n = 21$), их комбинация с цитостатиками ($n = 10$), туберкулостатики ($n = 10$), ацикловир/ганцикловир ($n = 7$), гидроксихлорохин ($n = 10$), колхицин ($n = 5$), нестероидные противовоспалительные препараты ($n = 5$), L-тироксин ($n = 2$), химиотерапия ($n = 1$); у 23 больных разные виды лечения сочетались. Результаты лечения прослежены у 47 больных. Отличный результат (исчезновение выпота, отсутствие рецидивов и констрикции) достигнут у 25 больных (53,2 %), стабильный (сохранение умеренного количества выпота, отсутствие застойной сердечной недостаточности у больных с признаками констрикции) – у 15 (31,9 %), и не достигнуто результата у 7 (из которых 4 выполнена и 1 планируется перикардэктомия). Общая летальность составила 13,8 % (8 больных) при среднем сроке наблюдения 12 (2,5–39,0) мес (максимально – до 10 лет), причинами смерти были сердечная недостаточность, операции на сердце по поводу ГКМП, тромбоэмболии легочной артерии, опухоли.

Заключение. При тщательном обследовании природа перикардита может быть установлена у большинства пациентов. Выполнение пункции перикарда оказалось возможным лишь у 5 % больных, в связи с чем существенно возрастает роль иных методов цитологической и морфологической диагностики. Преобладающими формами перикардита были туберкулезный, инфекционно-иммунный и перикардит в рамках

системных иммунных болезней. Высокая частота туберкулеза требует обязательного специфического обследования всех больных, при этом отрицательные результаты всех лабораторных тестов не исключают диагноза. Разработан алгоритм современной нозологической диагностики при перикардитах в условиях терапевтической клиники. С учетом этиологии основными видами лечения явились туберкулостатики, кортикостероиды и их сочетание с цитостатиками. Терапия ex juvantibus может быть оправдана при отсутствии достоверного диагноза туберкулеза.

Применение диуретиков у пациентов терапевтического профиля в условиях реальной клинической практики

Бледнова А.Ю., Елисеева Л.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Клиническое использование синтетических диуретических препаратов насчитывает более 60 лет. В настоящее время диуретики занимают важное место в лечении АГ, сердечной недостаточности, хронической почечной недостаточности, декомпенсированного цирроза печени. Это гетерогенная группа препаратов, различающихся по механизму действия, фармакологическим свойствам и, соответственно, показаниям к назначению. Широкий спектр показаний определяет актуальность их использования в повседневной практике врача-терапевта. В рамках проведенного нами исследования коморбидности и характера у лечения у пациентов терапевтических отделений стационаров (2016) мы дополнительно проанализировали частоту использования различных диуретиков в условиях реальной клинической практики. Было проведено анкетирование, обследование и анализ медицинской документации 270 пациентов в 20 административно-территориальных единицах Краснодарского края. Анкетирование проводилось с привлечением специально подготовленных студентов во время летней производственной практики под руководством преподавателей университета и врачей. Полученные данные обрабатывали статистическими методами с помощью программы Microsoft Excel. В группе обследованных 60,8 % составили женщины (средний возраст $56,2 \pm 3,3$ года) и 39,2 % – мужчины ($60,4 \pm 4,1$ года); наиболее часто встречались больные среднего (28 %) и пожилого возраста (34 %) по классификации Всемирной организации здравоохранения. Причиной госпитализации в терапевтические отделения стационаров послужили следующие заболевания: ИБС – 20 %; гипертоническая болезнь (ГБ) – 11 %; хроническая обструктивная болезнь легких – 7,8 %, пневмония, сахарный диабет и панкреатит – по 7,3 %; заболевания опорно-двигательного аппарата – 6,8 %; пиелонефрит – 5,3 %, бронхит – 4,4 %, цирроз печени и анемия – по 3,4 % и другие – 16,0 %. Сопутствующие заболевания выявлены у 141 (67,5 %). Количество сопутствующих заболеваний варьировало от 1 до 4 (в среднем $1,8 \pm 0,3$). Наиболее часто регистрировались: ГБ – 63,4 %; ожирение – 16,8 %, сахарный диабет – 11,3 %, ИБС – 8,8 %, хронический гастрит – 5,7 %, хронический пиелонефрит – 4,3 %. По результатам исследования установлено, что больные терапевтического профиля в условиях стационара получают от 2 до 7 препаратов, в среднем $4,4 \pm 0,9$. С учетом высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний проанализирован характер лечения таких больных. Наиболее часто назначаемыми группами препаратов оказались бета-адреноблокаторы – 17,5 %, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 15,9 %, статины – 15,9 %, антиагреганты – 14,2 %, диуретики – 12,5 %. Среди препаратов из группы диуретиков индапамид был назначен в 36 % случаев (доза 1,5–2,5 мг), спиролактон – в 60 % (50–100

мг), фуросемид – 12 % (40 мг), торасемид – 20 % (5–20 мг, в среднем 11,0 ± 0,06 мг). В отдельных случаях имело место комбинированное назначение диуретических средств: торасемид в сочетании со спиролактоном – 12 %, фуросемид со спиронолактоном – 8 %, индапамид со спиронолактоном – 4 %. Препараты из группы диуретиков были назначены при следующих заболеваниях: гипертоническая болезнь – 32 %, гипертоническая болезнь в сочетании с ИБС – 48 %, ИБС (стенокардия, перенесенный ИМ, ФП) – 16 %, декомпенсированный цирроз печени – 4 %. Следует отметить, что ХСН с застойными явлениями (выше IIA стадии по классификации Стражеско–Василенко) имели 32 % больных, получавших диуретические препараты, и именно у этих пациентов были назначены средства из группы петлевых диуретиков, что соответствует современным (национальным и международным) клиническим рекомендациям. У пациентов с застойными явлениями петлевые диуретики назначались в 100 % случаев, при этом торасемид несколько чаще чем фуросемид. Среди препаратов торасемида наиболее часто встречались следующие: диувер, триграм, бритоммар. При ГБ торасемид назначался преимущественно пациентам с ХСН, что также соответствует современным подходам по назначению петлевых диуретиков у больных с АГ. Для коррекции АД в большинстве случаев был назначен индапамид, несколько реже – гидрохлортиазид. Таким образом, у пациентов терапевтического профиля была установлена высокая частота назначения различных диуретиков в соответствии с зарегистрированными показаниями, возможно, в отдельных случаях требовалось использовать более высокие дозы петлевых диуретиков (торасемид) и шире применять ретардированные формы препаратов (индапамид).

Влияние периндоприла на параметры суточного амбулаторного мониторинга артериального давления у больных анкилозирующим спондилитом, имеющих артериальную гипертензию

Бобрикова Д.А., Кляшева Ю.М., Кляшев С.М., Малых И.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования – изучить влияние терапии периндоприлом на суточный профиль АД у больных анкилозирующим спондилитом (АС) с наличием АГ.

Материалы и методы. Обследованы 30 больных мужского пола с достоверным диагнозом АС и наличием АГ I и II степени. Средний возраст больных составил 36,1 ± 1,6 года, длительность заболевания АС составила 8,3 ± 1,2 года, АГ 2,5 ± 0,9 года. Всем больным АС с наличием АГ помимо базисной терапии по основному заболеванию в целях коррекции АД был назначен гипотензивный препарат периндоприл (препарат «Престариум», производства фирмы Servier, Франция) в суточной дозе 2–4 мг, курсом на 8 нед. Исходно и по истечению периода наблюдения всем исследуемым проводилось суточное амбулаторное мониторирование АД. Для изучения параметров суточного профиля АД использовались следующие показатели: средние значения уровней систолического и диастолического АД за день и ночь (САДд, САДн, ДАДд, ДАДн, мм рт.ст.), вариабельность АД в указанные периоды мониторирования. Рассчитывались индексы времени гипертонии. Определяли степень ночного снижения, величину и скорость утреннего подъема САД и ДАД.

Результаты. На фоне проведенной терапии периндоприлом у больных АС с наличием АГ наблюдалось достоверное снижение САДд на 10,77 % (р < 0,001), ДАДд – 8,94 % (р < 0,001), САДн – 13,67 % (р < 0,001), ДАДн – 11,42 % (р < 0,001). Необходимо отметить достоверное снижение индексов

времени САДд на 59,65 % (р < 0,001), ДАДд – на 41,25 % (р < 0,001), а также уменьшение индексов времени САДн – на 49,47 % (р < 0,01) и ДАДн – на 30,13 % (р < 0,05). Отмечалось увеличение степени ночного снижения САД и ДАД (р < 0,05), а также уменьшение скорости утреннего подъема систолического и диастолического АД (р < 0,05). Достоверного изменения вариабельности и величины утреннего подъема САД и ДАД не было отмечено.

Выводы. Лечение периндоприлом у больных АС с наличием АГ оказывает антигипертензивный эффект, проявляющийся снижением средних значений, нагрузки САД и ДАД в дневное и ночное время, снижением скорости утреннего подъема АД, а также улучшением суточного ритма АД вследствие повышения степени ночного снижения САД и ДАД.

Диагностический поиск при наблюдении пациентки с запорным синдромом

Бодрягина Е.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. Запорный синдром на сегодняшний день является довольно частой причиной амбулаторного обращения пациентов. Сложность своевременной диагностики причин запоров обусловлена низкой обращаемостью пациентов и длительным периодом самолечения, а для исключения органической патологии желудочно-кишечного тракта порой требуется достаточно большой объем методов исследования.

Цель исследования – ознакомить с клиническим примером диагностического поиска при амбулаторном ведении пациентки с запорным синдромом.

Материалы и методы. Пациентка В., 56 лет, обратилась за амбулаторной помощью к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на редкий стул 1–2 раза в неделю, «овечий кал» (тип 1 по Бристольской шкале), без патологических примесей; боли в животе схваткообразного характера, усиливающиеся перед актом дефекации; повышенное газообразование; частая отрыжка воздухом; масса тела стабильная.

Результаты. Из анамнеза стало известно, что у пациентки наблюдается склонность к запорам с детства. Девять лет назад больная перенесла экстирпацию матки по поводу злокачественного новообразования. Через год после этого отмечала усиление запоров, появилась необходимость натуживания, в последние 2 года – прогрессирование симптомов с присоединением болей в животе, 6 лет назад проходила колоноскопию – органической патологии не выявлено, впервые определена долихосигма. За эти годы пациентка проводила самостоятельное лечение запоров с применением раздражающих слабительных, клизм, а также соблюдением специальной диеты. Однако со временем отмечала ослабление эффекта от приема слабительных. Про физикальном осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, ИМТ 23,4 кг/м², болезненность при пальпации в эпигастрии, спазмированные восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки. Пациентке выставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника с запорами, назначено дообследование для исключения «симптомов тревоги», затем – повторная консультация. Назначена терапия спазмолитиками, осмотическими слабительными. Результаты лабораторно-инструментального обследования. Общий анализ крови: эритроциты 3,45 × 10¹²/л, гемоглобин 132 г/л, лейкоциты 7,8 × 10⁹/л, СОЭ 9 мм/ч, Са 19–9 – в пределах нормы. Кал на скрытую кровь трехкратно отрицательный. УЗИ органов брюшной полости – сладж желчного пузыря. Ректоскопия на 20 см – слизистая оболочка бледно-розовая, неизмененная, без признаков воспаления. Колоноскопия до дистальной

части поперечной ободочной кишки – без органической патологии. Рентгенография желудка и кишечника – опущение желудка II степени (до гребней подвздошных костей), петли тонкого и толстого кишечника – в полости малого таза, долихоsigmoid, органической патологии не выявлено. Таким образом, учитывая наличие клинических признаков синдрома раздраженного кишечника (согласно Римским критериям IV), отсутствие признаков органической патологии, отсутствие «симптомов тревоги», а также выявленное существенное опущение желудка и кишечника (обусловленное в данном случае предшествующей экстирпацией матки), был выставлен диагноз синдрома раздраженного кишечника с запорами, гастроэнтероколитом, долихоsigmoid. Из немедикаментозных методов лечения рекомендована диета при запорах с исключением продуктов, повышающих газообразование, дополнительная растительная клетчатка; ежедневное употребление не менее 1,5 л питьевой воды, дыхательная гимнастика, массаж живота. Из лекарственных препаратов назначен курс селективного спазмолитика (тримебутин), для нормализации стула рекомендован прием псиллиума, препарата масляной кислоты в качестве коллопротектора. На контрольном приеме у врача через 3 мес после назначения терапии пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение болей в животе, тенденцию к нормализации стула. Рекомендовано продолжение немедикаментозной терапии запоров, ежегодный контроль общего анализа крови, кала на скрытую кровь.

Выводы. Данный клинический случай представляет собой пример диагностического поиска причины хронического запора у пациентки 56 лет. Характерные жалобы на прогрессирование запоров с возрастом, наличие в анамнезе онкологии матки обуславливали проведение онкопоиска, исключения в первую очередь органической патологии. Отсутствие «симптомов тревоги», признаков поражения кишечника, отрицательные онкомаркеры, положительный ответ на проводимую терапию синдрома раздраженной кишки позволили считать причиной запорного синдрома у данной пациентки обнаруженное нами выраженное опущение желудка и кишечника (вероятно, вследствие экстирпации матки).

Взаимосвязь темпов прогрессирования хронической болезни почек с уровнем витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких

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

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

Цель исследования – изучить темпы прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) и их взаимосвязь с уровнем витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследование включены 198 пациентов пульмонологического стационара ГБУЗ ККБ № 2 с верифицированным диагнозом ХОБЛ I–IV степени тяжести (GOLD 2014). Пациенты разделены на 4 сопоставимые по возрасту и полу группы в соответствии со степенью тяжести ХОБЛ: 1-я группа – 36 пациентов, 2-я группа – 54 пациента, 3-я группа – 66 пациентов, 4-я группа – 42 пациента (средний возраст пациентов составил $67,4 \pm 12,1$ года; средняя длительность течения ХОБЛ – $18,8 \pm 4,3$ года). Помимо общеклинических исследований всем пациентам проводился расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕР1 для цистатина С (KDIGO 2012) и определение уровня витамина D (набор ELISA, Германия). Для оценки динамики СКФ использованы данные наблюдения за пациентами за 3 года (2014–2016 гг.). Оценку

значимости отличий 2 средних величин при нормальном распределении осуществляли с помощью t-критерия Стьюдента. Разница считалась достоверной при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$. Данные представлены в виде (M) \pm (SD).

Результаты. Уровень витамина D был ниже нормальных значений у всех пациентов, средний уровень составил $15,9 \pm 4,8$ нг/мл. Выявлены достоверные различия его уровня между пациентами 1-й и 3-й групп ($26,2 \pm 2,2$ нг/мл против $11,6 \pm 1,3$ нг/мл, $p = 0,04$), 2-й и 4-й групп ($18,5 \pm 3,1$ нг/мл против $7,2 \pm 1,5$ нг/мл, $p = 0,002$). Обнаружена прямая корреляция уровня витамина D с тяжестью бронхиальной обструкции ($r = 0,425$, $p = 0,02$). ХБП IIIA выявлена у 34,4 % (68), ХБП IIIB – у 12,1 % (24), ХБП IV – у 4,04 % (8). Средняя скорость снижения СКФ составила $4,4 \pm 6,2$ мл/мин/1,73м²/год. Наибольший средний уровень снижения СКФ представлен в группах с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ, где составил $6,2 \pm 5,4$ мл/мин/1,73м²/год. Количество переходов к более тяжелой стадии ХБП было достоверно выше и составило 68,7 % (136), средний уровень витамина D у этих пациентов составил $9,5 \pm 2,6$ нг/мл. Наименьшая величина уровня витамина D выявлена среди больных ХОБЛ с ХБП IIIB – 4, $5,2 \pm 3,1$ нг/мл ($p = 0,01$). У 14,1 % (28) выявлено стабильное состояние функции почек (остались в исходной стадии ХБП, с небольшими колебаниями до $1,8 \pm 0,9$ мл/мин/1,73м²/год), уровень витамина D у данных пациентов составил $17,8 \pm 3,1$ нг/мл. Уровни снижения СКФ в группе ХОБЛ-1 и ХОБЛ-2 составили $2,4 \pm 3,1$ и $3,3 \pm 2,9$ мл/мин/1,73м²/год соответственно. Обнаружена тесная корреляционная взаимосвязь скорости снижения СКФ и уровня витамина D ($r = -0,451$, $p = 0,03$), наиболее выраженная в группах с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ ($r = 0,521$, $p = 0,03$ и $r = 0,539$, $p = 0,03$ соответственно).

Выводы. Выявлена высокая частота ХБП у больных ХОБЛ, достигающая 50,54 %; в большинстве случаев имеет место прогрессирование ХБП (68,7 %). Обнаружена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем витамина D и тяжестью ХОБЛ, а так же средней степени отрицательная корреляция с прогрессированием ХБП у данной группы пациентов ($r = -0,451$, $p = 0,03$).

Влияние профилактического консультирования на вероятность развития острого инфаркта миокарда в сельской популяции краснодарского края

Болотова Е.В., Комиссарова И.М.

*Кубанский государственный медицинский университет,
Северская центральная районная больница, Краснодар*

Цель исследования – изучение влияния углубленного профилактического консультирования на вероятность развития острого ИМ (ОИМ) в сельской популяции Краснодарского края.

Материалы и методы. Обследована популяционная выборка (2189 человек) взрослого населения сельской местности Краснодарского края (54,0 % женщин и 46,0 % мужчин), средний возраст $47,72 \pm 16,6$ года (мужчины – $46,27 \pm 15,8$ года, женщины – $48,95 \pm 17,2$ года). Проводили оценку антропометрических, клинико-лабораторных, социально-демографических данных, суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) с использованием адаптированной для Российской Федерации шкалы SCORE. В целях коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) проводилось углубленное профилактическое консультирование (ПК) (индивидуальное и групповое – «Школа пациента»). Через 3 года проведено повторное обследование группы динамического наблюдения с ФР ССЗ с высоким и очень высоким суммарным КВР,

которые были разделены на 3 группы: получившие индивидуальное ПК; групповое ПК и без ПК. Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. С помощью метода бинарной логистической регрессии определяли статистическую значимость влияния углубленного ПК и ОШ (ОШ $\pm 95\%$ ДИ) вероятности развития ОИМ. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. Частота перенесенного ИМ (ПИМ) среди обследованных за время динамического наблюдения (3 года) составила 0,5 % (0,8 % среди мужчин и 0,2 % среди женщин; $\chi^2 = 4,688$; $p = 0,030$), средний возраст мужчин составил $46,3 \pm 15,8$ года; женщин – $49,0 \pm 17,2$ года. Среди лиц, получивших индивидуальное ПК, ПИМ выявлен у 0,1 % (0,4 % среди мужчин, 0 % среди женщин), а среди лиц, не получивших индивидуальное ПК – у 0,6 % (1,0 и 0,3 %; $\chi^2 = 0,254$; $p = 0,133$). Среди лиц, получивших групповое ПК, ПИМ выявлен у 0,7 % (1,3 % среди мужчин, 0 % среди женщин), а среди лиц без группового ПК – у 0,4 % (0,7 и 0,2 %; $\chi^2 = 0,319$; $p = 0,572$). Среди лиц, не получивших ПК, ПИМ выявлен у 2,0 % (2,2 % среди мужчин и 1,4 % среди женщин, $\chi^2 = 14,780$; $p < 0,0001$). По данным регрессионного анализа установлено, что среди обследованных, не получивших ПК, прогнозируемая вероятность развития ОИМ была выше в 9,5 раза ($p = 0,007$), чем среди лиц, получивших углубленное ПК (ОШ 9,46; 95 % ДИ 1,84–48,55).

Заключение. Таким образом, среди лиц, не получивших углубленное ПК достоверно чаще регистрировался ПИМ, а прогнозируемая вероятность развития ОИМ была выше в 9,5 раза, чем среди лиц, получивших углубленное ПК. Выявленные в нашем исследовании региональные особенности необходимо учитывать при разработке и внедрении профилактических программ по снижению распространенности ССЗ и их осложнений.

Результаты фармакологического урежения ритма сердца при лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка

Борисенко Ю.В., Канорский С.Г.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель исследования – сравнение эффективности бисопролола и ивабрадина при длительном лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у пациентов с гипертонической болезнью и ИБС. В исследовании участвовали 126 больных в возрасте от 51 до 70 лет с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ II–III ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии и ишемической болезни сердца со стенокардией напряжения I–II ФК. После рандомизации лечение АГ проводили, переводя всех пациентов на прием фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин, титруя дозу для достижения офисного АД ниже 140 и 90 мм рт.ст. Одновременно назначали один из вариантов терапии, урежающей частоту синусового ритма: бисопролол с титрованием дозы от 1,25 до 10 мг 1 раз в сутки ($n = 62$) или ивабрадин – от 2,5 до 7,5 мг 2 раза в сутки ($n = 64$) до достижения частоты сердечных сокращений в покое 55–60 уд./мин. Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 мес подобранной терапии, кроме общеклинического, исследования включали: ЭКГ в 12 отведениях; 6-минутный тест ходьбы; тредмил-тест в соответствии с модифицированным протоколом Bruce; оценку клинического состояния по шкале ШОКС в модификации В.Ю. Мареева, оценку качества жизни с использованием Миннесотского опросника;

определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), ЭхоГК (в M- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию). В обеих группах удавалось обеспечивать желаемое урежение частоты сердечных сокращений под действием средней дозы бисопролола $6,3 \pm 3,4$ мг/сут, ивабрадина – $10,5 \pm 5,6$ мг/сут. Для достижения целевого уровня АД в большинстве случаев применяли периндоприл/амлодипин в начальной дозе 5/5 мг/сут ($66,1$ и $57,8\%$ случаев в группах бисопролола и ивабрадина соответственно; $p > 0,05$). Периндоприл/амлодипин в дозах 10/5, 5/10 и 10/10 мг использовали 12,9 и 14,1 %, 8,1 и 10,9 %, 12,9 и 17,2 % больных в комбинации с бисопрололом или ивабрадином соответственно ($p > 0,05$ для всех сравнений между группами). Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой, и толерантность к физической нагрузке существенно увеличивались только при лечении ивабрадином (с $355,8 \pm 27,6$ до $432,7 \pm 41,2$ м; $p < 0,01$). Также только в группе ивабрадина повышалось качество жизни пациентов (с $33,8 \pm 6,5$ до $27,9 \pm 4,8$ балла; $p < 0,01$), снижались уровень NT-proBNP (с $460,4 \pm 40,7$ до $438,6 \pm 33,5$ пг/мл; $p = 0,03$) и индекс объема левого предсердия (с $39,0 \pm 8,7$ до $35,8 \pm 7,3$; $p = 0,04$). В обеих группах при длительной терапии происходило увеличение ФВ ЛЖ и значительное уменьшение его гипертрофии. При этом важнейшие показатели диастолической функции ЛЖ (максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу и отношение максимальная скорость раннего диастолического наполнения/максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу) улучшались только в группе ивабрадина. Таким образом, комплексное лечение больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ на фоне гипертонической болезни и ИБС с применением ивабрадина, но не бисопролола, существенно повышает толерантность к физической нагрузке и качество жизни пациентов. В отличие от бисопролола, ивабрадин улучшает ЭхоКГ-показатели активного расслабления и податливости ЛЖ у данного контингента больных, что может быть связано с его плейотропными эффектами.

Воздействие атеросклероза на возникновение церебральных инсультов

Борисова Н.А., Рахимкулов А.С., Абдрахманова Е.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Введение. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) представляют собой церебральные проявления атеросклероза и гипертонической болезни, реже – симптоматических гипертензий (Кухтевич И.И., 1998). Наиболее распространенными и тяжелыми по своим последствиям среди ЦВЗ является церебральные инсульты, летальность при которых, нередко, выше, чем при ИМ, а перспективы восстановления трудоспособности весьма ограничены. По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость инсультами за последних десять лет возросла от 1,5 до 5,1 на 1000 населения. Ежегодно от ЦВЗ в мире умирает около 5 млн человек, таким образом, инсульт является второй по частоте причиной смертности. (Гусев Е.И. и соавт., 2003).

Цель исследования – провести обследование 300 пациентов с атеросклерозом, осложнившегося церебральным инсультом, находившихся на стационарном лечении в условиях неврологического отделения городской клинической больницы № 13 города Уфы Республики Башкортостан.

Материалы и методы. В рамках исследования влияния атеросклероза, как фактора риска сосудистых заболеваний головного мозга, нами проведено

обследование 300 пациентов в возрасте 40–79 лет. Обследовали каждого пациента с проведением исследования биохимического анализа крови, рентгенографии органов грудной клетки, записи ЭКГ и реоэнцефалографии. Результаты. Проведено обследование 300 пациентов с атеросклерозом, осложнившегося церебральным инсультом в неврологическом отделении ГКБ № 13, из них мужчин – 190, женщин – 110 в возрасте от 40 до 79 лет. Соотношение мужчин и женщин в возрастных группах составило: 40–49 лет (мужчин – 30, женщин – 10), 50–59 лет (мужчин – 110, женщин – 30), 60–69 лет (мужчин – 30, женщин – 40), 70–79 лет (мужчин – 0, женщин – 50). В исследованных группах с возрастом общее количество больных уменьшилось в связи с сокращением продолжительности жизни, так как большинство больных с дислипотеинемией и церебральным инсультом не доживают до возраста 70–79 лет. Относительное количество женщин с возрастом увеличилось, что связано с общей демографической тенденцией, большей продолжительностью жизни у женщин. У всех пациентов определялся тип острого нарушения мозгового кровообращения и особенности реоэнцефалограммы. Среди больных атеросклерозом с дислипотеинемией преобладал ишемический тип церебрального инсульта (90 % против 6,6 % – геморрагический). Геморрагический тип инсульта отмечался только в самой молодой возрастной группе (40–49 лет), им страдали только мужчины. В самой старшей возрастной группе были только женщины, которые перенесли ишемический тип инсульта. По данным реоэнцефалограммы гипертонический тип преобладал у 73,6 % пациентов, большинство из которых приходилось на возрастную группу 50–59 лет. Всем пациентам проведено измерение АД, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки. У всей группы больных гипертоническая болезнь диагностирована в 56,6 %. Наибольшее количество с повышенным уровнем АД в возрастной группе 50–59 лет (55 %), среди них преобладали мужчины. Увеличение левого желудочка по данным проведенной ЭКГ зарегистрировано у 76,6 %, из них 36,6 % – больные в возрастной группе 50–59 лет, где большинство мужчины. Увеличение левого желудочка при проведенной рентгенографии органов грудной клетки выявлено у 60 % больных, причем у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин (40 % против 20 %); наибольшее количество – в возрастной группе 50–59 лет (44,4 %). Выводы. Учитывая, что условия современной жизни не предполагают в ближайшее время снижения стрессовых воздействий, существенного улучшения экологии и оптимизации других условий жизни, устранение факторов риска атеросклероза должно начинаться не во второй, а в первой половине жизни. Атеросклероз не фатален, его развитие можно задержать профилактическими мерами, а существующую патологию успешно лечить.

Влияние использования бальнеотерапевтической коррекции на неврологические показатели у пациентов с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний от естественно-природной и техногенной нагрузки

Борисова Н.А., Рахимкулов А.С., Горбунов Ф.Е.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии, Уфа*

Введение. Уникальность природных условий Республики Башкортостан (РБ), особенности развития промышленности обуславливают разнообразие истоков и ФР развития цереброваскулярных заболеваний. Бальнеотерапевтические технологии реабилитации используются при стенокардии, ИБС, метаболическом синдроме, постинфарктной

реабилитации больных. Они оказывают антиоксидантное, седативное, антиагрегантное, антигипоксантное, метаболическое и другие воздействия. Цель исследования – изучение влияния бальнеотерапевтических преформированных факторов на возможность коррекции неврологических нарушений у больных с проявлениями РНМК с факторами риска цереброваскулярных катастроф.

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-неврологические проявления РНМК у 200 трудоспособных пациентов. Рандомизированному исследованию были подвергнуты 3 клинические группы: 1-я группа – 25 пациентов с НПНМК в вертебробазиллярном бассейне на фоне атеросклероза магистральных сосудов головного мозга из сельскохозяйственного района РБ с воздействием различного рода гербицидов и питьевой воды с высокой степенью жесткости. На фоне базовой терапии они получали общие радоновые ванны через день, эндоназальный электрофорез 5 % раствора танакана. Вторая группа – 25 пациентов с клиническими проявлениями ДЭ I–II стадии, атеросклерозом сосудов МАГ и наличием отягощенного преморбидного аллергического фона из ведущего нефтедобывающего района РБ, с воздействием органических продуктов бензолного ряда. На фоне базовой терапии они получали углекислые ванны через день, эндоназальный электрофорез 2 % раствора церуллоплазмина. Третья группа – 25 пациентов с НПНМК и ДЭ I степени, проживающие в горнодобывающем районе РБ, с выраженной экологической нагрузкой промышленных и техногенных вредностей в виде воздействия тяжелых металлов и психоэмоционального напряжения. На фоне базовой терапии они получали йодобромные ванны через день, эндоназальный электрофорез 5 % раствора церебролизата. Контрольная группа (20 человек) – жители района с полным отсутствием воздействия техногенных факторов и аграрного сектора экономики; практически здоровые лица.

Результаты. Наилучшая динамика неврологических показателей была выявлена нами в 1-й группе больных при включении в лечение курса радоновых ванн и эндоназального электрофореза с раствором танакана. При этом выраженная положительная динамика неврологических показателей выявляется сразу после лечения и пролонгируется через полгода после курса лечения ($p \leq 0,05$). Включение в комплекс реабилитационных мероприятий на фоне общепринятой терапии у пациентов трудоспособного возраста с доказанными факторами риска формирования цереброваскулярных катастроф таких высокоэффективных технологий медицинской реабилитации на основе преформированных физических факторов, как радоновые ванны и эндоназальный электрофорез с раствором танакана, которые существенно улучшает неврологические показатели. Вышеперечисленные показатели достигли контрольных значений именно у пациентов 1-й группы при включении в курс лечения радоновых ванн и эндоназального электрофореза с раствором танакана ($p \leq 0,05$). Проведенное лечение с включением в курс радоновых ванн и эндоназального электрофореза с танаканом приведет к профилактике ишемических расстройств в сосудах микроциркуляторного русла и в конечном итоге будет являться гарантией отсутствия угрозы развития жизнеопасных цереброваскулярных катастроф. Важным фактом явилось выявление пролонгации эффекта через 6 мес после курса лечения. Выводы. Проведение реабилитационных мероприятий наиболее эффективно в районах с минимальным воздействием отрицательных антропогенных, техногенных факторов и менее эффективно в местах с большим техногенным влиянием и естественно-природной неблагоустроенностью. У пациентов трудоспособного возраста с наличием факторов риска прогрессирования РНМК применение в комплексных реабилитационных программах эндоназального электрофореза раствора танакана в сочетании с радоновыми ваннами является высокоэффективным методом профилактики цереброваскулярных катастроф.

Оценка факторов риска развития хронической болезни почек у больных сахарным диабетом 2-го типа с помощью программы для ЭВМ

Боровков Н.Н., Яркова Н.А.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород

Цель исследования – оценить распространенность ФР развития хронической болезни почек (ХБП) у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа с помощью программы для ЭВМ.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кафедры госпитальной терапии Нижегородской государственной медицинской академии и нейроэндокринологического отделения Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом при ГБУЗ Нижегородской области. В исследование были включены 233 пациента (78 мужчин и 155 женщин) с СД 2-го типа. Все пациенты дали согласие на участие в исследовании. Диагноз СД 2-го типа и степень компенсации углеводного обмена устанавливались согласно национальными стандартами по диагностике и лечению СД. Определение стадий ХБП в зависимости от уровня скорости клубочковой фильтрации проводилось согласно рекомендациям Национального почечного фонда США 2002 г. Данные, полученные в ходе обследования каждого пациента, заносились в разработанную нами компьютерную программу «Оценка риска развития ХБП у больных терапевтического профиля» (авт. Яркова Н.А., Боровков Н.Н., Терехова Д.А.) – свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017619756, зарегистрирована в Реестре программ для ЭВМ от 01.09.2017. Автоматически были проанализированы следующие клинико-лабораторные показатели: возраст; длительность СД и АГ; ИМТ, наличие ожирения у пациента; уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c); липиды крови; наличие других сердечно-сосудистых заболеваний (кроме АГ), например ИБС, нарушение ритма, острое нарушение мозгового кровообращения, ИМ и др.; наличие заболеваний почек (пиелонефрит, кисты, МКБ, аномалии развития почек); уровень АД, пульс пациента на момент обследования и отношение его к курению. По результатам проведенного многофакторного регрессионного анализа каждому указанному показателю был присвоен свой коэффициент и оценен вклад в развитие ХБП. Результаты. Возраст больных колебался от 40 до 68 лет (средний возраст 57,75 (52–64) года). По данным анамнеза, средняя длительность СД 2-го типа – 5,3 (0,3–8,0) года. Средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) составил 9,53 % (7,0;10,2). С помощью программы «Оценка риска развития ХБП у больных терапевтического профиля» был определен диапазон, отделяющий больных с низким, средним, умеренно высоким и очень высоким риском развития ХБП. Выделены следующие границы риска развития ХБП: низкий (до 2,5), средний (2,6–3,5), умеренно высокий риск (3,6–4,5) и высокий риск (4,6 и более). Согласно предложенному алгоритму обследования и анализу данных основную часть пациентов СД 2-го типа составили умеренно высокий (у 157 из 233 человек – 67,4 %) и очень высокий риск (у 46 человек – 19,7 %) развития ХБП.

Заключение. Предложенная компьютерная программа «Оценка риска развития ХБП у больных терапевтического профиля» позволяет изучить распространенность ФР и быстро оценить риск развития ХБП у больных СД 2-го типа. Интерфейс программы отличается простотой и удобством. Преимуществом компьютерного автоматизированного расчета риска развития ХБП является оперативность и скорость получения информации, а также возможность ее сохранения в распечатанном виде.

Коморбидность в структуре летальных исходов от острого инфаркта миокарда

Боровкова Н.Ю., Арюхова А.Н., Николаева М.А., Каган Л.А.,
Ковалева Г.В., Кузнецов С.С.

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

Цель работы – оценить наличие коморбидной патологии у больных, погибших от острого ИМ (ОИМ) по данным отделения неотложной кардиологии НОКБ им. Н.А. Семашко.

Материалы и методы. Было рассмотрено 95 историй болезни лиц, умерших от ОИМ в отделении неотложной кардиологии НОКБ им. Н.А. Семашко за период 2015 г. Анализировали вариант ИМ (с подъемом сегмента ST–Q и без подъема сегмента ST–не-Q), его осложнения и причины, приведшие к гибели этих больных. Оценивали наличие коморбидной патологии у этих больных. Учитывали досуточную летальность. Определяли средний возраст и гендерный состав умерших. Анализ проводили в количественном и процентном соотношениях, а также с помощью программы Statistica 6.0. Результаты исследования. За истекший период было зарегистрировано 768 случаев ОИМ. Среди них с подъемом сегмента ST (QИМ) – 456 и без подъема сегмента ST (не-QИМ) – 312. ИМ со смертельным исходом было 95 (84 с QИМ и 11 не-QИМ). Это составило 12,4 % летальности. Аутопсии проведены в 84 случаях (88,4 %). Среди умерших от ИМ было 48 (50,5 %) женщин и 47 (49,5 %) мужчин. Средний возраст по группе (n = 95) составил 72,8 ± 10,3 (41–95) года. Мужчины были моложе – 68,8 ± 10,3 (41–87) года, чем женщины – 76,7 ± 8,5 (55–95) года. Всего погибло за первые сутки ИМ 56 человек (59 %). Из них в первый час умер 21 человек (22,1 %). Большой процент досуточной летальности был обусловлен тяжелой патологией. Анализ коморбидной патологии среди погибших от ИМ показал следующее. В подавляющем большинстве (84 – 88,4 %) они страдали гипертонической болезнью. В 34,7 % случаев (33) регистрировался сахарный диабет, и в 7,4 % (7) имели нарушения толерантности к глюкозе. Кроме того, в 18,9 % (18) была анемия различной степени тяжести, в 16,8 % (16) случаев – хроническая болезнь почек разных стадий с признаками хронической почечной недостаточности в 8,4 % (8), в 10,5 % (10) – различные нарушения ритма, в 8,4 % (8) – хроническая обструктивная болезнь легких и в 8,4 % случаев (8) – ожирение II–III степени. По данным аутопсий. у 36 человек (37,9 %) констатированы морфологические признаки повреждения почек в виде острого тубулоинтерстициального некроза. Среди причин гибели больных были неустраняемые (обширные острые и повторные ИМ (91 % – ОКС с подъемом ST); пожилой и старческий возраст (73 % – старше 65 лет), тяжелые коморбидные состояния (88 % лиц имели гипертоническую болезнь, в большинстве случаев плохо контролируемую, у 35 % был сахарный диабет 2-го типа), более 70 % имели кардиогенный шок (КШ)). При анализе осложнений у погибших лиц с ИМ можно выделить их электрические и гемодинамические причины. Фибрилляция желудочков и внезапная остановка сердца стали непосредственной причиной смерти больных соответственно у 15 человек (15,8 %) и 7 (7,4 %), всего – 22 (23,2 %). В остальных случаях (69, 72,6 %) смерть обусловлена гемодинамическими осложнениями, такими как острая левожелудочковая недостаточность, КШ. У 12 человек (12,6 %) причиной гемодинамических нарушений являлся разрыв миокарда разных локализаций (разрыв стенок – 9, межжелудочковой перегородки – 2, отрыв хорды митрального клапана – 1). В 4 случаях (4,2 %) причиной гибели больных были некардиологические причины. Чрескожное коронарное вмешательство проведено 21 человеку.

Выводы. В структуре коморбидной патологии у лиц, погибших от ОИМ, преобладала гипертоническая болезнь, что подтверждает важность ее как ведущего ФР. Почти половина случаев отягощалась наличием нарушения углеводного обмена. Также значимыми являлись наличие хронической болезни почек и хронической обструктивной болезни легких. Сложилось впечатление, что летальность при ОИМ была обусловлена тяжестью ИМ, пожилым и старческим возрастом. Немаловажную роль играла коморбидная патология.

Дилатационная кардиомиопатия в практике врача-кардиолога

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

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

Цель исследования – оценить частоту и структуру дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) по данным кардиологического отделения областной больницы. Задачи исследования – выявить количество случаев ДКМП в структуре больных кардиологического стационара по годам. Оценить факторы, влияющие на возникновение ДКМП. Выявить коморбидную патологию и осложнения основного заболевания.

Материалы и методы. Проанализировано 9512 историй болезни кардиологического отделения Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с 2012 по 2015 г. Анализ проводился по годам, в процентном соотношении.

Результаты. Проведенное исследование показало следующие результаты. Среди всех кардиологических больных в специализированном терапевтическом стационаре наблюдается рост случаев заболеваний ДКМП. Так в 2012 г. ДКМП выявлена в 0,4 % случаев, в 2013 г. – в 0,6 %, в 2014 г. – в 0,7 %, и в 2015 г. – в 0,9 % случаев. При этом в структуре больных преобладают лица мужского пола. В 2012 г. среди таких больных, они составили 100 %, в 2013 г. – 85 %, в 2014 г. – 94 %, в 2015 г. – 87 %. Вторичный генез имеют подавляющее большинство случаев ДКМП. По данным 2012 г. причиной развития вторичной ДКМП в 100 % случаев была АГ. В 2013 г. кроме АГ (28 %), причинами формирования вторичной ДКМП были ИБС (42 %) и АГ в сочетании с ИБС (28 %). Среди причин вторичной ДКМП в 2014 г. АГ составляла 41 %, миокардит – 16,6 %, ИБС – 16,6 %, АГ в сочетании с ИБС – 25 %. В 2015 г. причиной вторичной ДКМП являлась АГ в 68 % случаев, миокардит – в 26 %, и АГ в сочетании с ИБС – в 5,2 %. В целом особенности возраста пациентов представляли собой преобладание лиц средних лет – от 40 до 60. В 2012 г. таких лиц было 88,8 %, в 2013 г. – 70,0 %, в 2014 г. – 64,7 %, и в 2015 г. – 63,0 %. Но кроме того, был замечен рост количества больных ДКМП пожилого возраста (старше 60 лет): в 2013 г. число таких больных составило 15,0 %, в 2014 г. – 17,6 %, в 2015 г. – 18,0 %. Много больных имели коморбидную патологию: довольно часто встречалась хроническая обструктивная болезнь легких; 11,1 % – в 2012 г., 46 % – в 2013 г., 35,2 % – в 2014 г. и 45,0 % – в 2015 г. Редко наблюдался сахарный диабет 2-го типа: в 2012 г. – в 2,2 % случаев и 2015 г. – в 13,6 % случаев. Большинство больных имели нарушение ритма сердца, самая частая форма которых была ФП. В 2012 г. количество больных с ФП составило 77,7 %, в 2013 г. – 50,0 %, в 2014 г. – 60,0 %, и в 2015 г. – 56,0 %. Большая часть больных с ДКМП поступали в стационар уже с застойной сердечной недостаточностью IIA или IIB стадиями. IIB стадия хронической сердечной недостаточности (ХСН) имели в 2012 г. 55,5 %, больных, в 2013 г. – 100 %, в 2014 г. – 17,6 %, в 2015 г. – 41,0 %. Подавляющее большинство

пациентов имели III ФК ХСН: 77,7, 88,2, 100, и 91,0 % по годам соответственно.

Выводы. ДКМП среди кардиологических больных встречается довольно редко, но частота ее имеет тенденцию к увеличению за счет вторичной. Чаще больные представляют собой лица мужского пола, среднего возраста с вторичной ДКМП, причиной которой в большинстве случаев является АГ. Основанием к госпитализации таких больных является тяжелая сердечная недостаточность, которая требует длительного, дорогостоящего лечения. Прогноз таких больных часто неблагоприятный и обычно приходится поднимать вопрос о пересадке сердца.

Диагностика острого инфаркта миокарда с помощью современных диагностических тестов

Боровкова Н.Ю., Ильина А.С., Звездочетова Н.А.

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

Цель работы – оценить клиническую значимость определения диагностических тестов в верификации острого ИМ (ОИМ).

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Регионального сосудистого центра № 2 ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» в течение 2015 г. В исследование включено 92 экстренно госпитализированных больных с ОКС (мужчин – 57 (62,0 %), женщин – 35 (38,0 %)). Средний возраст составил $63,4 \pm 11,2$ года. Среди исследуемых было 24 (26,1 %) больных с нестабильной стенокардией (НС) и 68 (73,9 %) больных с ОИМ. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование. Наличие ОКС подтверждали данными ЭКГ, ЭхоКГ, показателями кардиоспецифических биохимических маркеров некроза миокарда в сыворотке крови. Дополнительно для верификации ОИМ использовали определение концентрации тропонина I (TnI) с помощью иммунохроматографического анализатора RAMP (Response Biomedical Corp., Канада). Нормальным значением считали показатель до 0,03 нг/мл. Кроме того, использовали экспресс-тест «КардиоБСЖК» (НПО «БиоТест», Новосибирск, Россия) для определения наличия в крови сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК). Согласно методике, данный тест имеет порог чувствительности к БСЖК 15 нг/мл. Исследование кардиомаркеров проводилось в интервале от 1 до 12 ч после начала ангинозных болей. Анализ полученного материала проводили с помощью программы Statistica 10,0, приложения Microsoft Office Excel для Windows.

Результаты. От начала клинических проявлений ОКС до поступления в стационар у 39 (42,4 %) больных временной промежутки составили до 3 ч, у 31 (33,7 %) – от 3 до 6 ч и у 22 (23,9 %) – от 6 до 12 ч. При анализе выявления некроза миокарда с помощью TnI получили, что данный маркер обладает чувствительностью 88 % и специфичностью 66 %. Чувствительность экспресс-теста «КардиоБСЖК» среди больных с ОИМ составила 95,8 %, специфичность – 94,1 %. Тест оказался эффективным в первые часы ОИМ. Средние значения TnI у больных с ОИМ составили $6,5 \pm 11,0$ нг/мл, в группе с НС – $0,11 \pm 0,3$ нг/мл ($p = 0,00004$).

Выводы. Проведенное исследование продемонстрировало достаточно высокую информативность современных тестов, определяющих некроз миокарда. Так тест «КардиоБСЖК» может использоваться с этой целью, как и TnI.

Снижение летальности при остром инфаркте миокарда в региональном сосудистом центре

Боровкова Н.Ю., Каган Л.А., Арюхова А.Н., Николаева М.А., Ковалева Г.В., Миронов Н.Н., Ильина А.С.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Цель работы – оценить изменение госпитальной летальности при остром ИМ (ОИМ) по данным Регионального сосудистого центра № 2 ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко» (РСЦ № 2) в течение 2015–2016 г.

Материалы и методы. Была проанализирована летальность при ОИМ по данным РСЦ № 2 в сравнении за 2015 и 2016 гг. Рассматривали госпитальную летальность, в том числе количество больных, погибших в первые сутки (досуточная летальность). Оценивали показатели оказания высокотехнологичной помощи (чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ)) за этот период. Обработку полученных данных осуществляли при помощи приложения Microsoft Office Excel для Windows.

Результаты. В 2015 г. было госпитализировано 768 больных с ОИМ. Среди них ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ зарегистрирован в 456 (59,4 %) случаях, без подъема сегмента ST – в 312 (40,6 %). В 2016 г. больных с ОИМ было госпитализировано несколько больше – 1048 человек (подъем сегмента ST зарегистрирован в 612 (58,4 %) случаях, без подъема сегмента ST – в 436 (41,6 %)). Увеличение больных с ОИМ в 2016 г. было связано, по всей видимости, с тем, что в 2016 г. были разработаны и внедрены более четкие критерии для отбора и направления пациентов с ОИМ в РСЦ № 2. В 2015 г. погибло 95 больных с ОИМ (84 – с подъемом сегмента ST и 11 – без подъема сегмента ST на ЭКГ). Это в целом составило 12,4 % летальности. В 2016 г. зарегистрировано 84 смертельных исхода от ОИМ (82 – с подъемом сегмента ST и 2 – без подъема сегмента ST на ЭКГ). При этом госпитальная летальность от ОИМ в 2016 г. равнялась 8 %. По результатам дальнейшего анализа, среди погибших оказалось, что досуточная летальность в 2015 г. была 58,9 % (56), из них в первый час умерло 22,1 % (21). В 2016 г. данный показатель составил 51,2 % (43), из них в первый час погибло 10,7 % (9). В 2015 г. аутопсии проведены в 88,4 % случаев, в 2016 г. процент вскрытий составил 88,6 %. В 2015 г. из 768 случаев ОИМ ЧКВ проведено у 424 (55,2 %) больных. В 2016 г. из 1048 лиц высокотехнологичная помощь оказана уже 754 (71,9 %) пациентам. Из них 504 (66,8 %) ЧКВ – при ОИМ с подъемом сегмента ST и 250 (33,2 %) ЧКВ – при ОИМ без подъема сегмента ST на ЭКГ. В 2015 г. тромболитическая терапия (ТЛТ) проводилась в 50 случаях (6,5 %), в 2016 г. – 138 (12,2 %). В 2016 г. увеличилось количество пациентов, которые перевелись в РСЦ № 2 из первичных сосудистых отделений (ПСО) для выполнения «спасительного» ЧКВ в течение первых 24 ч от начала симптомов и после проведения ТЛТ. Так, в 2016 г. из ПСО в РСЦ № 2 было переведено 42 пациента.

Выводы. В 2016 г. по данным РСЦ № 2 отмечено снижение госпитальной летальности от ОИМ с 12,4 % до 8,0 %. Это может быть обусловлено совершенствованием оказания помощи больным с ОИМ: разработкой и внедрением критериев для отбора и направления пациентов с ОИМ в РСЦ № 2, а также увеличением количества высокотехнологичных методов лечения этих больных.

Особенности variability ритма у больных микроваскулярной стенокардией

Боровкова Н.Ю., Туличев А.А., Спасский А.А., Каюшников А.Б.

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

Цель работы – оценить variability синусового ритма сердца (ВРС) у больных с микроваскулярной стенокардией (МС) как показатель вегетативного гомеостаза. Материалы и методы. Проведено обследование 33 человек. Из них основную группу (n = 21) составили больные МС. Средний возраст больных с МС составил 55,6 ± 10,1 года. В качестве группы сравнения взяты здоровые лица (n = 12). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Исследование и оценку ВРС осуществляли неинвазивным методом с помощью цифрового анализатора кардиоритмов «Омега М» производства «Dinamika Technologies» (Россия) на основе анализа ВРС по ЭКГ на коротких (5-минутных) участках. Определяли временные (SDNN – стандартное отклонение нормальных величин RR-интервалов, мс; NN50 – число пар последовательных RR-интервалов, различающихся более чем на 50 мс) и спектральные (LF-диапазон низких частот, мс²; HF – диапазон высоких частот, зависимых от парасимпатических влияний, мс²; LF\HF – показатель вагосимпатического баланса, TP – полный спектр частот, мс²). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Анализ временных и спектральных показателей выявил изменения ВРС у больных МС. Временные показатели ВРС (SDNN, NN50) были снижены по сравнению с таковыми у здоровых (41,5 ± 29,9 и 34,4 ± 24,4 мс; 51,2 ± 72,8 и 32,6 ± 61,5 мс соответственно; p < 0,05), что свидетельствовало об ослаблении вегетативных влияний на сердечно-сосудистую систему у больных МС. Одновременно в основной группе снижались спектральные показатели (HF, LF, TP). HF у больных с МС в сравнении со здоровыми составил 1079,9 ± 551,7 мс² против 1343,4 ± 903,0 мс², p < 0,05; LF – 570,5 ± 407,6 мс² против 684,1 ± 650,9 мс², p < 0,05. При спектральном анализе у больных МС отмечалось увеличение показателя вагосимпатического баланса LF\HF, который составил 1,31 ± 1,19 против 1,13 ± 1,15 у здоровых, p < 0,05. TP, отражающий полный спектр частот, был снижен (2143,6 ± 1579,4 мс² у больных и 2678,8 ± 2125,2 мс² у здоровых, p < 0,05). Это могло свидетельствовать об активации симпатической активности у больных с МС, которая была относительной с учетом снижения ВРС в целом.

Выводы. Оценка ВРС показала, что при МС имеет место изменение состояния вегетативного гомеостаза в виде снижения влияний вегетативной нервной системы на сердечно-сосудистую систему в целом. Также замечена относительная симпатикотония при одновременном ослаблении вагусных влияний.

Структура сопутствующей патологии у больных с микроваскулярной стенокардией

Боровкова Н.Ю., Шарова Л.Ю., Туличев А.А., Звездочетова Н.А.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Цель работы – изучить структуру сопутствующей патологии у больных с микроваскулярной стенокардией (МвСт).

Материалы и методы. Проведен анализ 1347 случаев историй болезни пациентов отделения плановой кардиологии Нижегородской областной

клинической больницы им. Н.А. Семашко. Из них были отобраны случаи МвСт, при этом диагноз подтверждался проведением селективной коронарографии. Среди них оценивали возрастной и гендерный состав, наличие и структуру сопутствующей патологии. Анализ данных проводили с помощью пакета программ Statistica 10,0 и в процентном соотношении. Результаты. Среди всех историй болезни (n = 1347) было 880 больных с ИБС, стенокардией. Из них диагноз МвСт констатирован в 67 случаях (7,6 %). Средний возраст обследуемых составил 57,6 ± 8,3 года. Исследуя гендерный состав, было выявлено, что преобладали женщины 58 % (39). Дальнейший анализ выявил, что 7 человек (10,4 %) перенесли ИМ. Подавляющее большинство (56, 83,5 %) больных с МвСт страдали гипертонической болезнью. Нередко наблюдались нарушения ритма и проводимости сердца у лиц с МвСт. Так, ФП регистрировалась у 13 человек (19,4 %), трепетание предсердий – у 4 (5,9 %). Всего это составило 17 человек (25,3 %). Слабость синусового узла отмечалась у 5 (7,5 %), 3 из них имели искусственный водитель ритма. Наджелудочковая тахикардия была у 4 человек (5,9 %), желудочковая – у 2 (3,0 %). Блокада ножки пучка Гиса встречались у 7 человек (10,4 %). Средняя частота сердечных сокращений у больных с МвСт составила 72,5 ± 13,5. Заболевания легких в виде хронической обструктивной болезни легких было у 7 человек (10,4 %) и бронхиальной астмы – у 4 (6 %), патология желчевыводящих путей и печени регистрировалось у 15 больных (22,4 %), заболевания кишечника – у 21 больного (31,3 %). Из сопутствующей патологии выявлялся сахарный диабет у 7 человек (9,5 % случаев). В структуре больных с МвСт зарегистрированы лица, имеющие метаболический синдром – 10 (15 %) и ожирение – 8 (12 %). Данные коронарографии у всех лиц с МвСт свидетельствовали о том, что стенозирующего атеросклероза коронарных артерий не отмечалось, при этом регистрировалась задержка пассажа контрастного вещества по коронарным артериям в течение 5–7 циклов. Заключение. Изучение структуры сопутствующей патологии у больных с МвСт показало, что это заболевание в подавляющем большинстве случаев отягощает наличие гипертонической болезни. Нередко при МвСт имеет место нарушения ритма и проводимости сердца. Более чем у трети больных с МвСт имеет место нарушение углеводного обмена с метаболическим синдромом и ожирением.

Особенности вариабельности синусового ритма у больных с микроваскулярной стенокардией

Боровкова Н.Ю., Шарова Л.Ю., Туличев А.А., Звездочетова Н.А., Каюшников А.Б.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Цель работы – оценить вариабельность синусового ритма сердца (ВРС) у больных с микроваскулярной стенокардией (МвСт) как показателя вегетативного гомеостаза.

Материалы и методы. Проведено обследование 33 человек. Из них основную группу (n = 21) составили больные с МвСт. Средний возраст больных с МвСт был 55,6 ± 10,1 года. В качестве группы сравнения взяты здоровые лица (n = 12). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Исследование и оценку ВРС осуществляли неинвазивным методом с помощью цифрового анализатора кардиоритмов «Омега М» производства DinamikaTechnologies (Россия) на основе анализа ВРС по электрокардиограмме на коротких (5-минутных) участках. Определяли временные (SDNN – стандартное отклонение нормальных величин RR-интервалов, мс; NN50 – число пар последовательных RR-интервалов, различающихся более чем на 50 мс) и спектральные (LF – диапазон

низких частот, мс²; HF – диапазон высоких частот, зависящих от парасимпатических влияний, мс²; LF\HF – показатель вагосимпатического баланса, TP- полный спектр частот, мс²). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Анализ временных и спектральных показателей выявил изменения ВРС у больных МС. Временные показатели ВРС (SDNN, NN50) были снижены по сравнению с таковыми у здоровых (34,4 ± 24,4 и 41,5 ± 29,9 мс; 32,6 ± 61,5 и 51,2 ± 72,8 мс соответственно; p < 0,05 и p < 0,01), что свидетельствовало об ослаблении вегетативных влияний на сердечно-сосудистую систему у больных с МвСт. Одновременно в основной группе были снижены спектральные показатели (HF, LF, TP). HF у больных с МвСт в сравнении со здоровыми составил 551,7 ± 1079,9 мс² против 903,0 ± 1343,4 мс², p < 0,05; LF – 407,6 ± 570,5 мс² против 684,1 ± 650,9 мс², p < 0,05. При спектральном анализе ВРС у больных МвСт отмечалось увеличение показателя вагосимпатического баланса LF\HF (1,31 ± 0,10 у больных и 1,13 ± 0,12 – у здоровых, p < 0,05), это свидетельствовало о преобладании симпатического влияния на сердечно-сосудистую систему у больных МвСт. TP, отражающий полный спектр частот, оказался снижен (1579,4 ± 2143,6 мс² против 2678,8 ± 2525,2 мс², p < 0,05). Все это свидетельствовало об активации симпатической системы у больных МвСт. Так, в целом, при снижении вегетативных влияний на сердечно-сосудистую систему была замечена относительная симпатикотония. Выводы. Оценка ВРС показала, что при МвСт имеет место изменение состояния вегетативного гомеостаза в виде снижения влияний вегетативной нервной системы на сердечно-сосудистую систему в целом. Также замечена относительная симпатикотония при одновременном ослаблении вагусных влияний.

Инфекционный эндокардит как причина лихорадки неясного генеза: описание клинического случая

Боханова Е.Г., Дорофеева Н.П., Янковская Г.В., Трефилова В.А., Иванченко Д.Н., Бурдакова Э.И.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростовская клиническая больница, Южный окружной медицинский центр, Ростов-на-Дону

Инфекционный эндокардит (ИЭ) остается актуальной проблемой в связи с высоким уровнем заболеваемости, показателями смертности, осложнениями и прогнозом. Диагностика ИЭ затруднена из-за полиморфизма клинических проявлений. В качестве иллюстрации можно привести в пример следующий клинический случай. Пациент М., 70 лет, был госпитализирован в августе 2017 г. в РКБ с жалобами на беспокоящую в течение последних 3 нед фебрильную температуру (Т), сопровождавшуюся астенизацией, одышкой при физической нагрузке. Позднее появились боли в голеностопных и тазобедренных суставах, геморрагические высыпания на коже. Из анамнеза известно: повышения Т до 39 °С отмечались с ноября 2016 г., неоднократно проводились курсы антибактериальной терапии (АБ) с положительной динамикой. В январе 2017 г. во время стационарного лечения по поводу острого нарушения мозгового кровообращения регистрировалась субфебрильная Т, проводилась АБ-терапия, впервые было выявлено снижение гемоглобина до 110 г/л. В апреле вновь в течение 1 нед регистрировалась фебрильная Т, было выполнено обследование в целях исключения ИЭ: ЭхоКГ), чрезпищеводное ЭХО (ЧП ЭХО), спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (СКТ ОГК), органов брюшной полости (СКТ ОБП) – данных за ИЭ не выявлено. При поступлении в стационар в августе 2017 г. были выявлены анемия со снижением гемоглобина до 78–81 г/л, явления нефротического синдрома – гематурия,

протеинурия, СРБ – 87,6 мг/л; креатинин – 149 мкмоль/л, мочевина – 11 ммоль/л. По результатам ЭхоКГ вегетации на клапанах не выявлены, полости не расширены, ФВ – 58 %. По результатам посева крови на стерильность высейн E. Faecium, прокальцитонин – 1 нг/мл. По данным СКТ ОГК был обнаружен двусторонний гидроторакс. Выполнена плевральная пункция (результаты цитологического исследования плевральной жидкости носили инфекционно-воспалительный характер). Неоднократно выполнялось трансторакальное ЭХО КГ – без динамики. 17.08.2017 было выполнено ЧП ЭХО – выявлены вегетации передней и задней створок митрального клапана (МК) 10 мм, недостаточность МК II–III степени, вегетации передней и правой задней створок аортального клапана (АК) 19 мм, недостаточность АК II–III степени. 18.08.2017 консультирован сердечно-сосудистым хирургом ОКБ № 1: рекомендовано выполнение диагностической коронароангиографии (КАГ), по данным которой были выявлены критический стеноз правой межжелудочковой артерии на уровне среднего сегмента 90 %, окклюзия проксимального среднего сегмента правой коронарной артерии. На основании результатов проведенного обследования пациенту был выставлен диагноз первичного активного неинфекционного ИЭ митрального и аортального клапана (E. Faecium), вегетации передней и задней створок МК 10 мм, недостаточности МК II–III степени, вегетации передней и правой задней створок АК до 19 мм, недостаточности АК II–III степени, осложнившихся развитием двустороннего гидроторакса, гидроперикарда, хронической анемии сложного генеза III степени, гломерулопатии, нефритического синдрома с нарушением азотовыделительной функции почек, ХСН IIA стадии, ФК III по NYHA. Больному проводилась АБ-терапия (меронем 3 г/сут № 15, ципрофлоксацин 600 мг/сут в/в капельно № 15, зивокс 1,2 г/сут в/в капельно № 15) с дальнейшим добавлением антимикотического лечения (флюконазол 150 мг/сут в/в капельно № 4) на фоне дезинтоксикационной терапии, применения иммуномодуляторов (иммуновенин 50 мл в/в капельно № 11), кардиопротекторов. В качестве базисной терапии применялись: ингибитор АПФ (периндоприл), БАР (спиринолактон) и кардиоселективный бета-блокатор (бисопролол). Проводилась антианемическая терапия (Ферринжент), коррекция белкового обмена (альбумин). На фоне проводимой терапии состояние пациента улучшилось: отмечалась регрессия анемического синдрома (увеличение уровня гемоглобина до 87 г/л), креатинин снизился до 76 мкмоль/л, Т снизилась до субфебрильных значений. По результатам обследований определены показания для оперативного лечения в объеме шунтирования и протезирования АК и МК в условиях искусственного кровообращения. Пациент направлен на госпитализацию в центр сердечно-сосудистой хирургии. Своевременная диагностика и лечение инфекционного эндокардита позволяют компенсировать состояние пациента и улучшить его общий прогноз. Разнообразие клинической симптоматики, в частности неврологических проявлений, как в рассмотренном случае, диктует необходимость акцентирования внимания смежных специалистов к данной проблеме.

Значение субклинического атеросклероза сонных артерий для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Бутина Е.К., Бочкарева Е.В.

Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место среди причин инвалидности и смертности, в связи с этим большое

внимание уделяется первичной профилактике ССЗ. Профилактические мероприятия более эффективны, если проводятся с учетом ФР их развития. Для стратификации сердечно-сосудистого (СС) риска при первичной профилактике используют скрининговые шкалы, которые полезны в определении популяционного риска. Установление индивидуального риска ССЗ остается проблемой, для его уточнения используют биомаркеры и инструментальные методы исследования, одним из которых является дуплексное сканирование сонных артерий.

Дуплексное сканирование сонных артерий – это основной неинвазивный метод оценки сосудистого русла, который позволяет определить субклинические признаки атеросклероза.

В первых исследованиях анализировали, в основном, толщину комплекса интима/медиа (ТКИМ) и его предсказательную способность в отношении риска развития СС- и цереброваскулярных событий. Метаанализ крупных проспективных исследований показал, что увеличение ТКИМ на 0,1 мм сопровождалось увеличением риска развития ИМ на 10–15 %, а риска инсульта – на 13–18 %. Атеросклеротические бляшки (АСБ) в качестве предиктора неблагоприятных событий на тот момент не рассматривались. Большой интерес представляют исследования, где вероятность развития СС-событий сопоставлялась с квантилями распределения ТКИМ. Показано, что при значениях ТКИМ, относящихся ≥ 75 процентилю, риск СС-событий достоверно возрастает.

В последние годы появились обзоры и метаанализы, в которых делаются более осторожные выводы о роли ТКИМ как индикатора СС-событий. По мнению некоторых авторов, ТКИМ является независимым, но слабым предиктором коронарной болезни сердца. Возможно, что такие выводы были связаны с тем, что в большинстве анализируемых исследований ТКИМ измерялась только в общей сонной артерии, в то время как атеросклеротический процесс быстрее прогрессирует в зоне бифуркации и внутренней сонной артерии. В 2007 г. Мангеймский консенсус определил необходимые условия для выполнения УЗИ высокого разрешения сонных артерий, позволяющие унифицировать получаемые результаты: требования к аппаратуре, персоналу, методике проведения исследования, а также рекомендации по анализу результатов. В настоящее время исследование ТКИМ проводится в общей сонной, бифуркации и внутренней сонной артериях в соответствии с Консенсусом.

В дальнейшем было выявлено, что наличие АСБ является более сильным предиктором кардиоваскулярных событий и смертности. Ранее выполненные исследования нашли различную ассоциацию между наличием АСБ и конечными точками (ИМ и инсультом). В одних работах было продемонстрировано, что АСБ обладает большей диагностической точностью в качестве предиктора развития ИМ, в других – инсульта.

Несколько крупных эпидемиологических исследований показали, что наличие ТКИМ и АСБ тесно связаны с другими факторами СС-риска и могут быть полезны для реклассификации у лиц, имеющих промежуточный риск по традиционной оценке.

В соответствии с зарубежными и отечественными рекомендациями пациенты с наличием значимых АСБ имеют очень высокий риск ССЗ, что требует медикаментозного лечения. Определение ТКИМ для стратификации СС-риска наиболее целесообразно (полезно) у лиц, имеющих промежуточный риск развития ССЗ или несколько факторов риска. Рутинное определение ТКИМ не рекомендуется.

В настоящее время не существует единой позиции в отношении стратегии первичной кардиоваскулярной профилактики среди пациентов промежуточного риска развития ССЗ. Именно у таких пациентов важное значение имеет оценка субклинического атеросклероза с использованием дополнительных методов, в том числе дуплексное сканирование сонных артерий. Исследования свидетельствуют, что обнаружение признаков

субклинического атеросклероза должно оказывать влияние на выбор гиплипидемического препарата и интенсивность лечения. Однако в современных рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике ССЗ основанием для назначения терапии статинами является уровень холестерина и сопутствующие заболевания. Таким образом, диагностика субклинического атеросклероза не встроена в систему определения СС-риска, что создает трудности при выборе тактики профилактического вмешательства, особенно среди пациентов промежуточного риска.

Синдром обструктивного апноэ во сне у больных STemI в сочетании с нарушениями ритма

Бурко Н.В., Душина Е.В., Барменкова Ю.А., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель работы – изучить влияние синдрома обструктивного апноэ на нарушение ритма у больных ИМ с подъемом сегмента ST (ИМnST).

Материалы и методы. В исследование включено 66 больных ИМnST в возрасте от 35 до 65 лет ($53,2 \pm 8,9$ года). Средние значения ИМТ – $27,6 \pm 4,2$ кг/м², систолического АД (САД) – $139,3 \pm 13,6$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) – $87,3 \pm 8,2$ мм рт.ст. Через 7–9 сут, 6 и 12 мес после индексного события всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ с использованием комплекса «Астрокард» (ЗАО «Медитек», Россия) с оценкой нарушений ритма и проводимости. Классификацию ЖЭС проводили в соответствии с градацией Lown-Wolf. Оценка степени нарушения дыхания во сне проводилась с помощью аппарата для кардиореспираторного мониторинга (KPM) SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). Пациенты были разделены на две группы: 1-я – 21 пациент с индексом апноэ-гипопноэ (ИАГ) по данным KPM более 30 событий в час, 2-я – 45 больных с ИАГ менее 30 эпизодов в час. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу, росту, массе тела, значениям САД и ДАД.

Результаты. Средние значения ИАГ у пациентов с нарушениями дыхания во сне составили $37,3 \pm 10,5$ эпизодов в час, средняя (CpSpO₂) и минимальная сатурация кислорода (MinSpO₂) – $91,4 \pm 3,04$ и $70,4 \pm 8,6$ % соответственно. В группе 2 уровень CpSpO₂ и MinSpO₂ был достоверно выше – $95,2 \pm 1,2$ и $81,5 \pm 7,8$ % соответственно; ИАГ – $9,0 \pm 6,2$ эпизодов в час ($p < 0,05$). По результатам холтеровского мониторирования ЭКГ у 9 (29 %) пациентов группы 1 регистрировались АВ- и СА-блокады (43 %), из них у 2 больных (14 %) выявлена АВ-блокада I степени, у 5 (36 %) – АВ-блокада II степени, у 2 (14 %) – сочетание АВ-блокады I и II степеней, СА-блокада II степени зафиксирована у 5 пациентов (36 %). ЖЭС 3-го класса и выше зафиксирована у 6 больных (29 %). Суммарно частота нарушений проводимости во 2-й группе, представленная исключительно эпизодами СА-блокады II степени, была ниже по сравнению с 1-й и составила 7 % ($p = 0,0003$). Доля пациентов в группе 2, имеющих ЖЭС высоких градаций, составила 38 % и статистически не отличалась от таковой в сравниваемой группе.

Заключение. Распространенность клинически значимых нарушений дыхания во сне у пациентов со STEMI составляет 30 %. У больных с высоким ИАГ, по данным холтеровского мониторирования ЭКГ, достоверно чаще регистрировались эпизоды СА- и АВ-блокад. Гипоксия, а также периодический выброс катехоламинов воздействуют на вегетативную нервную систему и проявляются нарушением проводимости.

Оценка безопасности и эффективности противогриппозной вакцинации у больных ревматическими заболеваниями (предварительные результаты)

Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Эрдес Ш.Ф., Лукина Г.В., Лучихина Е.Л., Волков А.В., Александрова Е.Н.

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

Актуальность. В современной ревматологии сопутствующие инфекции оказывают значительное влияние на морбидность, летальность и качество жизни пациентов, особенно при системных заболеваниях соединительной ткани. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодная заболеваемость гриппом по всему миру составляет 5–10 % взрослого населения. Выявлена большая частота гриппа у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в сравнении с популяцией: 3,4–9,6 % против 1,0–7,0 %. Это заболевание может привести к госпитализации (от 3 до 5 млн случаев в год) и даже смерти (250–500 тыс. случаев в год). В особенности это касается людей из групп высокого риска, к которым относятся и пациенты с хроническими заболеваниями. В ретроспективном когортном исследовании, включавшем 46 030 пациентов, показано увеличение риска развития гриппа у пациентов с РА в сравнении со здоровым контролем (409,33 против 306,12 случаев на 100 тыс. пациенто-лет). Риск осложнений гриппа возрастал у пациентов с РА в 1,8 раза. Таким образом, профилактика инфекций является неотъемлемой частью курации этих больных. Специалистами международных (European League Against Rheumatism (EULAR), American College of Rheumatology (ACR)) и национальных организаций вакцинация противогриппозной вакциной рекомендована всем пациентам с ревматическими заболеваниями (РЗ). Таким образом, на сегодняшний день актуальным представляется вопрос изучения иммуногенности и безопасности противогриппозной вакцинации у пациентов с различными РЗ.

Цель исследования – изучение безопасности и эффективности инактивированной сплит-вакцины против гриппа у больных РА, анкилозирующим спондилитом (АС), системной склеродермией (ССД), получающих терапию базисными противовоспалительными препаратами (БВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

Материалы и методы. В исследование включено 70 человек (из них женщины – 52, мужчины – 18, в возрасте от 22 до 76 лет), в том числе 17 больных РА, 11 больных АС, 7 больных ССД и 35 лиц контрольной группы, имеющих в ближайшем анамнезе эпизоды острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и гриппа. Двенадцать больных РА получали метотрексат, 3 – лефлуноמיד, 1 – тофацитиниб + метотрексат, 1 – абатацепт. 4 пациента с АС получали нестероидные противовоспалительные препараты, 7 – ингибиторы ФНО- α . Длительность РЗ составляла от 2 месяцев до 46 лет. Вакцину «Ваксигрипп», включающую штаммы вируса гриппа, актуальные на эпидемический период 2016/17 гг., в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили подкожно на фоне продолжающейся антиревматической терапии. Основные этапы контроля: исходный визит, через 1, 3 и 6 мес после вакцинации (I, II, III, IV визиты соответственно). Во время визитов выполняли стандартные клинические и лабораторные исследования.

Результаты. У 55 человек (78,5 %) переносимость вакцинации была хорошей. В 9 случаях (13 %) (6 случаев среди контрольной группы, 3 – пациентов) отмечены боль, припухлость и гиперемия кожи диаметром до 2 см в месте инъекции вакцины, в 6 случаях (9,3 %) – субфебрилитет, миалгия, недомогание. Указанные реакции не имели связи с проводимой терапией, не требовали изменения схем лечения РЗ и полностью регрессировали в

течение суток без применения дополнительных мер. Случаев обострения РЗ или возникновения каких-либо новых аутоиммунных расстройств в течение периода наблюдения не отмечали. До вакцинации средние показатели DAS28 и BASDAI составляли 3,60 и 5,1, через 1 мес после вакцинации – 2,59 и 3,5 соответственно. За весь период наблюдения возникновения случаев гриппа или гриппоподобного заболевания зарегистрировано не было. В 10 случаях из 35 (28,5 %) пациенты с РА, АС, ССД отметили субъективное положительное влияние проведенной вакцинации на длительность или частоту эпизодов ОРВИ в течение времени наблюдения.

Выводы. Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости и эффективности инактивированной сплит-вакцины против гриппа у больных с РА, АС, ССД. Для более полной оценки безопасности и эффективности данной вакцины необходимы дальнейшие клинические исследования.

«Новый» клинический феномен – первично-хронический септический эндокардит как аргумент «против» ревматизма XX–XXI вв.

Бушманова Г.М., Супотницкий М.В., Девятьяров Л.А., Козырь А.М., Гросс В.А., Ларионов П.М., Шмерлинг Л.А., Зорина И.Г., Терлецкий А.В., Ахмерова Л.Г.

Институт молекулярной патологии и патоморфологии, 27-й Научный центр Министерства обороны, Сибирский Федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина, Новосибирск, Москва

Появление в начале 1980-х годов представлений о необычной форме СЭ-первично-хроническом септическом эндокардите (П-ХСЭ) на фоне существующего тренда снижения роли РЛ в формировании ППС столкнулось с необходимостью возвращения к основному дискуссионному вопросу характера взаимоотношений РЛ, ассоциируемой со стерильным эндокардитом, и СЭ.

Цель исследования – привести доказательства правомочности существования нового клинического прецедента «старой» болезни, скрывающейся по маске ревматизма.

Материалы и методы. Материалом послужили результаты многолетнего (1980–2017 гг.) изучения проблемы на базе функционировавшего в течение более 20 лет Отделения септических эндокардитов Отдела кардиохирургии ППС. В работе сделан акцент на выделенной нами пентаде экстракардиальных клинических симптомов, имеющих патогномоничную диагностическую значимость для хронического сепсиса и осложняющего его хронического септического эндокардита (ХСЭ). Проведен анализ материалов, полученных от 1962 оперированных больных, наблюдавшихся по месту жительства по поводу ревматизма. При этом проведено морфологическое, бактериологическое, бактериоскопическое, цитологическое с ИГХИ исследования биосубстратов. С помощью СЭМ изучен биопсийный и аутопсийный материал от 73 оперированных больных. Обследованы 2 группы больных исходно ранними стадиями П-ХСЭ (20 человек в 2014 г. и 22 человека в 2007 г.). на кровепаразитарную инфекцию (бабезии, бартонеллы, риккетсии) методом Романовского–Гимза в модификации А.В. Терлецкого и Л.Г. Ахмеровой.

Результаты. У всех больных диагностирован ХСЭ на фоне ППС, требующего хирургической коррекции. Частота симптомов, составляющих пентаду маркеров ХСЭ: некрозы конъюнктивы – 80 %; спонтанные подногтевые геморрагии – 54 %; мелковезикулезная экзантема твердого неба, ближе

к мягкому – 86 %; мелковезикулезная экзантема кистей и стоп – 24 %; элементы мелкоочаговой атрофии и (или) гипертрофии кожи – 30 %. Положительная гемокультура выявлена в 64 и 75 % случаев в разных исследованиях. В этиологической структуре доминировали (75 %) *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*. Бактериологическое интраоперационное исследование 883 различных биосубстратов от 528 больных выявило следующую частоту их инфицированности: клапан – 82 %; перикард – 72 %; гемокультура из левых отделов сердца – 68 %; ушко левого предсердия – 64 %; тромб – 61 %; плевра – 60 %. При СЭМ выявлено массивное обсеменение кокками не только поверхностных структур эндокарда, но и более глубоких, в которых обнаруживались пласты кокковидных микробов. Кокки обнаружены даже в клетках гранулемы Ашофф–Талалаева, что свидетельствует о неспецифичности феномена. В толще клапана встречалась палочковидная флора. Стрептококк и грибы встречались редко. Аналогичная картина имела место при исследовании отпечатков и сорбента. Анализ операционных проб – посевов и отпечатков – в целом показал, что отрицательные результаты имели место только в 6 % исследований. При цитологическом обследовании крови на кровепаразитарную инфекцию в первой и второй группах частота выявленных патогенов была соответственно: *Babesia* – 100 и 100 %; *Bartonella* – 82 и 82 %; *Rickettsia* – 15 и 50 %. Гистоморфологическое исследование выявило присутствие у обследованных слабо выраженного хронического неспецифического воспаления, сопровождаемого выраженным склерозом и дегенеративно-кальцинозными изменениями. Проведенное исследование подтвердило септическую природу эндокардита, доказало неспецифичность гранулемы Ашофф–Талалаева и патогномоничность пентады клинических маркеров П-ХС и П-ХСЭ. Заключение. Таким образом, результаты исследования являются основанием для пересмотра существующих представлений о строгой нозологической самостоятельности РЛ и СЭ.

Распространенность генотипов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных артериальной гипертензией

Васильева Л.В., Попов П.П., Филатова О.С.

Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель работы заключается в определении роли некоторых генетических факторов в развитии АГ. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи.

1. Генотипирование пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении.
2. Выявление ассоциативной связи полиморфных маркеров генов AGT, AGTR1.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов (25 мужчин и 25 женщин) европеоидной расы с АГ, проходившие стационарное лечение в кардиологическом отделении БУЗ ГКБ № 20 г. Воронежа. Диагноз АГ был установлен ранее на основании клинических рекомендаций «Диагностика и лечение АГ» (2013). Средний возраст больных был распределен в диапазоне от 34 до 60 лет и составил 47 лет. Средняя продолжительность заболевания АГ составила 10,44 года. По анамнезу наследственностьотягощена у 18 больных. Всем больным проводились клинические (оценка анамнестических данных, жалоб, наследственных факторов, сопутствующей патологии), лабораторные (клинический и биохимический анализы крови), инструментальные (ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД) обследования. Всем больным проводилось генотипирование по генам

системы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) (гены AGT, AGTR1).

Результаты. В результате проведенного нами исследования были получены следующие результаты генотипов изучаемых генов: MM-генотип выявлен у 11 пациентов (22 %), MT-генотип – 29 пациентов (58 %), TT-генотип – 10 пациентов (20 %) гена AGT; AA-генотип – 25 пациентов (50 %), AC-генотип – 19 пациентов (38 %), CC-генотип – 6 пациентов (12 %) гена AGTR1. Полученные данные свидетельствуют об ассоциации более высокого риска развития АГ с носительством гетерозиготного генотипа MT и гомозиготного генотипа TT гена AGT, что нельзя сказать о гетерозиготном генотипе AC и гомозиготном генотипе CC гена AGTR1. Таким образом, риск развития АГ выявлен у 78 % больных по гену AGT и 50 % у больных по гену AGTR1. Развитие АГ одновременно по генам AGT и AGTR1 выявлено у 20 (40 %) больных.

Выводы. Высокий риск развития АГ связан с носительством гетерозиготного генотипа MT и гомозиготного генотипа TT гена AGT, что нельзя сказать о генотипах гена AGTR1.

Возможности ускоренного режима экстракорпоральной ударно-волновой терапии в лечении стабильной стенокардии

Васюк Ю.А., Школьник Е.Л., Щербак М.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель работы – оценить клиническую эффективность и безопасность ускоренного режима ударно-волновой терапии сердца у пациентов со стабильной стенокардией. Материалы и методы. В пилотное исследование включено 16 пациентов (14 мужчин, 2 женщины). Средний возраст обследованных пациентов составил $66,8 \pm 7,6$ года. Критерии включения: стенокардия II–IV ФК, на фоне адекватной стабильной медикаментозной терапии в течение минимум 1 мес до включения в исследование, стабильное течение ИБС более 3 мес (отсутствие сердечно-сосудистых событий) до включения в исследование. У 14 пациентов (87,5 %) в анамнезе острый ИМ. Пятерым (31,3 %) пациентам в анамнезе проведено стентирование коронарных артерий, а еще 5 (31,3 %) – аорто-коронарное шунтирование. У 14 пациентов (87,5 %) АГ, у 4 (25,0 %) – отягощенный семейный анамнез. Сахарный диабет – у 7 (43,8 %) пациентов, гиперлипидемия – у 3 (18,8 %), ожирение – у 5 (31,3 %). Все пациенты находились на стабильной медикаментозной терапии. Бета-блокаторы получали 14 (93,3 %) пациентов, ингибиторы АПФ (или антагонисты AT2-рецепторов) – 11 (73,3 %), диуретики – 3 (20,0 %), аспирин – 13 (86,6 %), статины – 16 (100 %), антагонисты Ca – 4 (26,6 %), пролонгированные нитраты – 4 (26,6 %). В исследование не включались пациенты с активным воспалительным процессом, тяжелыми нарушениями ритма и проводимости сердца, внутрисердечными тромбами, онкологическими заболеваниями. Пациентам при включении в исследование, через 1, 3 и 6 месяцев проводилось измерение АД, частоты сердечных сокращений, запись ЭКГ, ЭхоКГ, тредмил-тест (модифицированный протокол Bruce), анкетирование качества жизни с помощью Сизтлского опросника для больных стенокардией (SAQ). Всем больным после включения в исследование проведена ударно-волновая терапия сердца по ускоренному режиму (9 сеансов в течение 3 нед), который заключается в систематическом последовательном воздействии ударной волной по 100 импульсов плотностью энергии $0,09$ мДж/мм² на зону 1 см² на все сегменты левого желудочка (ЛЖ): на 1-й неделе – на базальные; на 2-й неделе – на средние, а на 3-й

неделе – на верхушечные сегменты ЛЖ, а не только на гибернированные или ишемизированные зоны миокарда, как при стандартном режиме.

Результаты. Проведение ускоренного режима ударно-волновой терапии через 6 мес. наблюдения сопровождалось значимым клиническим улучшением. Достоверно снизилось количество приступов стенокардии в неделю (с 4 (2; 7) до 1 (1; 1) ($p = 0,007$) и потребность в нитратах короткого действия (с 2 (2; 7) до 1 (0; 2) ($p = 0,04$)). При анализе результатов тредмил-теста на фоне увеличения общей продолжительности нагрузки (с 393 (326; 574) до 561 с (411; 650) ($p = 0,007$)) отмечалась выраженная тенденция к снижению количества приступов стенокардии на высоте дозированной физической нагрузки с 81 до 50 % ($p = 0,06$) и частоты возникновения ишемической депрессии сегмента ST с 50 до 28 % ($p = 0,1$). Кроме того, по данным ЭхоКГ через 3 мес наблюдения отмечалось достоверное уменьшение, как просвета (с 40 (38; 43) до 39 (37; 40,5) ($p \leq 0,01$)), так и объема левого предсердия, (с 66 (44; 72) до 52,5 (40; 67) ($p \leq 0,01$)). На этом же этапе наблюдения отмечалась тенденция к росту фракции выброса ЛЖ (с $54,3 \pm 7,9$ до $58 \pm 7,6$ ($p = 0,05$)). Нами была проведена оценка глобальной продольной деформации миокарда ЛЖ по двумерному изображению (2d strain и strain rate). Через 6 мес наблюдения выявлено достоверное улучшение глобальной продольной деформации ЛЖ с $13,3 \pm 1,3$ до $15,5 \pm 1,6$ ($p = 0,009$). При этом скорость деформации не имела достоверной динамики (с $0,93 \pm 0,2$ до $0,97 \pm 0,2$ ($p = 0,4$)). По данным Сизтлского опросника качества жизни (SAQ) отмечалось достоверное улучшение по шкалам стабильности приступов с 50 (50; 75) до 75 (75; 100) ($p = 0,01$); частоты приступов (с $60 \pm 28,8$ до 80 ± 17) ($p = 0,004$); а также по шкалам ограничений физических нагрузок (с $62,5 \pm 17,7$ до $74,3 \pm 22$) ($p = 0,02$), отношения к болезни (с 51 ± 20 до 80 ± 21) ($p = 0,002$) и удовлетворенности лечением (с $84,5$ (62,5; 100) до 100 (100; 100) ($p = 0,01$)). Выводы. По данным проведенного нами исследования ускоренный режим ударно-волновой терапии сердца достоверно уменьшает количество приступов стенокардии, потребность в нитратах короткого действия, а также улучшает толерантность к физической нагрузке и качество жизни у больных стабильной стенокардией. При этом ударно-волновая терапия в ускоренном режиме уменьшает общую продолжительность стационарного лечения и делает методику более доступной для широкого применения.

О роли кабинетов паллиативной медицинской помощи, функционирующих в структуре территориальной поликлиники

Введенская Е.С., Палехов А.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольский краевой центр паллиативной помощи, Ставрополь

Одной из основных форм оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) в амбулаторных условиях является кабинет ПМП (Кабинет), который создается как структурное подразделение медицинской организации в целях оказания ПМП гражданам в поликлинике и на дому. В целях оказания ПМП инкурабельным больным по месту жительства, осуществления динамического наблюдения и патронажа рационально создание Кабинетов по территориально-участковому принципу, т. е. в составе участковой поликлиники или офиса врача общей практики. Порядком оказания паллиативной медицинской помощи в РФ рекомендуется штатный норматив для Кабинета – 1 врач и 2 медицинские сестры на 100

тыс. прикрепленного взрослого населения. Кабинеты создаются в целях обеспечения большей доступности для пациентов профильной ПМП-консультативной помощи врача-специалиста в области обезболивания и ведения инкурабельных больных (при необходимости осуществляет постоянное наблюдение). Основными функциями специалистов Кабинета являются: оказание ПМП прошедшими профессиональную подготовку специалистами в поликлинике и на дому; назначение и выписывание наркотических лекарственных средств и психотропных веществ пациентам, страдающим выраженным хроническим болевым синдромом, в целях достижения эффективного обезболивания; направление пациентов при наличии показаний в медицинские организации, оказывающие ПМП в стационарных условиях; организация консультаций врачом-специалистом по профилю основного заболевания пациента, а также врачами других специальностей; оказание консультативной помощи врачам других специальностей по вопросам ПМП; разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества ПМП и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов терапии в целях улучшения качества жизни пациентов; составление реестра пациентов, которым оказывается ПМП, и которые потенциально могут нуждаться в ПМП; обучение пациентов, их родственников и лиц, осуществляющих уход, навыкам ухода. Кабинеты, организованные на базе поликлиник, должны взять на себя, аналогично участковым врачам, роль координаторов оказания пациенту ПМП на всех этапах. Важный вопрос – о контингенте больных, которые направляются в Кабинет. Это лица, «страдающие неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения», нуждающиеся в «эффективном и своевременном избавлении от боли и облегчении других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни... до момента их смерти». Выделяют несколько основных групп пациентов, нуждающихся в ПМП, одну из которых составляют пациенты терапевтического профиля. В Кабинет не должны направляться все хронические больные при ухудшении состояния или появления признаков декомпенсации, при отсутствии профильного специалиста на приеме. Основным критерием, определяющим направление больного к врачу-специалисту ПМП-Кабинета, является наличие тяжелых проявлений болезни, с которыми не может справиться врач, курирующий его, и неблагоприятный прогноз в отношении жизни. Обязательным условием оказания ПМП в амбулаторно-поликлинических учреждениях является взаимодействие врача Кабинета с участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами-специалистами по профилю заболевания пациента. Особенно это важно при оказании ПМП пациентам с прогрессирующими заболеваниями неопухоловой природы, где ведущей на всех этапах помощи останется роль профильного специалиста-эксперта. В зависимости от ситуации врач Кабинета может быть вовлечен в оказание помощи пациенту в разной степени, что определяется особенностями и сложностью каждого конкретного случая. Одной из основных задач врача Кабинета является организация в поликлинике процесса обеспечения больных, страдающих хроническим болевым синдромом, необходимыми лекарственными препаратами. Профессиональная тактика обезболивания складывается из оценки параметров боли, выработки патогенетически обоснованного плана лечения и его полноценной реализации. Эффективной работа Кабинетов может быть только при наличии подготовленных специалистов по всем вопросам оказания ПМП и налаживании процесса обеспечения пациентов необходимыми лекарственными препаратами. Кабинеты в территориальных поликлиниках должны взять на себя самую широкомасштабную работу по улучшению качества жизни неизлечимо больных граждан, тем самым уменьшить нагрузку на звено первичной терапевтической помощи.

Динамика экспрессии основного фактора роста фибробластов (FGF-2) в стенке брюшной аорты крыс линии Вистар под влиянием адреналина

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

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

Цель исследования – изучить динамику экспрессии основного фактора роста фибробластов (FGF-2) в различных слоях стенки брюшной аорты крыс линии Вистар под влиянием адреналина и через месяц после прекращения введения препарата.

Материалы и методы. Десяти крысам-самцам линии Вистар в течение 2 нед 3 раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу после 2 нед введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 мес после прекращения введения препарата, в течение которого животные содержались без медикаментозных и стрессовых воздействий. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов соответствующего возраста и массы, не подвергавшиеся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Кусочки стенки брюшной аорты фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. Иммуногистохимические исследования проводили с использованием автоматической установки для иммуногистохимического и иммуноцитологического окрашивания препаратов Autostainer 360 (Thermo Shandon, Великобритания). Использовались кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400 производства Santa Cruz Biotechnology, Inc., США, а также полимерная иммуногистохимическая система визуализации EnVision (DAKO, США) в соответствии с рекомендациями производителя реагентов. В качестве оптически плотной метки, визуализирующей продукт иммуногистохимической реакции, использовался диаминобензидин. После проведения иммуногистохимической реакции гистологические препараты докрасивались гематоксилином. Учет результатов иммуногистохимической реакции проводился с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия), FGF-2-позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание, по степени окрашивания выделяли клетки с сильной, средней и слабой экспрессией. В зависимости от количества и интенсивности окрашивания экспрессирующих клеток в поле зрения проводили шкалирование выраженности экспрессии факторов роста фибробластов: 1 балл – единичные клетки со слабой экспрессией; 2 балла – единичные клетки со средней экспрессией; 3 балла – сплошь в поле зрения клетки со слабой экспрессией и единичные клетки со средней экспрессией; 4 балла – сплошь в поле зрения клетки со слабой экспрессией и единичные клетки с сильной экспрессией. При статистической обработке полученных данных использовался метод непараметрической статистики. Результаты исследования показали, что в медиальном и адвентициальном слоях стенки брюшной аорты достоверных различий по экспрессии FGF-2 в контрольной серии эксперимента, через 2 нед введения адреналина и через 1 мес после прекращения введения препарата выявлено не было. В эндотелиальном слое брюшной аорты через 2 нед введения адреналина выработка FGF-2 была сопоставима со значениями контрольной серии, тогда как через 1 мес после прекращения эксперимента экспрессия FGF-2 увеличилась на 41,7 % по сравнению 2 нед моделирования ХАС (с 36 баллов через 2 нед до 51 бала через 1 мес, $p > 0,05$). По сравнению с контрольной серией экспрессия FGF-2 через 1 мес после прекращения введения адреналина увеличилась в 2,4 раза (с 21 балла в контрольной

серии до 51 балла через 1 мес; $\chi^2 = 4,824$, $p = 0,028$). Таким образом, несмотря на прекращение введения адреналина и содержание крыс при оптимальных условиях экспрессия FGF-2 в эндотелиальном слое продолжала увеличиваться и через 1 мес была достоверно выше значений контрольной серии. В эндотелиальном слое по сравнению с медиальным и адвентициальными слоями «цитокинное ремоделирование» продолжается в течение 1 мес после прекращения эксперимента.

Функциональные особенности микро- и макроциркуляторного русла в условиях системного воспаления при ревматических болезнях

Виноградов А.А., Виноградова Н.А.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель работы – определить особенности функционального состояния микро- и макроциркуляторного сосудистого русла у больных системными ревматическими заболеваниями (СРЗ).

Материалы и методы. Обследованы 213 пациентов ревматического профиля: 20 больных геморрагическим васкулитом (ГВ), 20 – облитерирующим тромбангиитом (ОТ), 10 – узелковым полиартериитом (УП), 15 – неспецифическим аортоартериитом (НАА), 25 больных системной красной волчанкой (СКВ), 20 больных системной склеродермией (ССД), 103 пациента с ревматоидным артритом (РА). Оценивались эндотелийзависимая (ЭЗВД) и эндотелийнезависимая (ЭНВД) вазодилатация по модифицированному методу D. Celermajer, комплекс интима/медиа (КИМ) сонных артерий, ЭХО-КС, исследование гемореологического профиля (по методике проф. А.В. Муравьева), концентрация антигена Виллебранда, иммунологический профиль.

Результаты. У пациентов с НАА, УП и СКВ было наиболее выраженное изменение КИМ ($0,96 \pm 0,3$, $0,84 \pm 0,32$ и $0,86 \pm 0,29$ мм). Реактивность плечевой артерии была во всех группах системных васкулитов и СКВ изменена (снижение ЭЗВД $<10\%$), в наиболее тяжелых случаях сопровождаясь парадоксальной вазоконстрикцией (часто у пациентов НАА (80%), УП (33%) и ОТ (25%)). У больных РА с системными проявлениями в большей степени нарушены гемореологические показатели (ПА – $0,355$ ($0,320-0,398$), Тк – $1,103$ ($1,073-1,109$)), чем у больных РА без системных проявлений (ПА – $0,263$ ($0,240-0,303$), Тк – $0,963$ ($0,957-1,068$)) ($p < 0,01$). Наличие системного воспаления коррелирует с микроциркуляторными показателями. Поточные свойства крови оказывают выраженное влияние на функцию эндотелия, об этом свидетельствуют взаимосвязи между ЭЗВД и ВК1 ($r = -0,21$; $p < 0,05$), ВП ($r = -0,31$; $p < 0,05$); уровнем ЦЭК и ВК1 ($r = 0,14$; $p < 0,01$), ВК2 ($r = 0,22$; $p < 0,01$), ВП ($r = 0,26$; $p < 0,05$); уровнем vWFAg и ВК2 ($r = 0,28$; $p < 0,05$), ПА ($r = -0,69$; $p < 0,05$), Тк ($r = -0,17$; $p < 0,01$). Заключение. Функциональное состояние макро- и микроциркуляторного русла при СРЗ характеризуется нарушениями вазомоторной функции эндотелия, его повреждением и взаимосвязанными гемореологическими изменениями. Высокий уровень маркеров воспаления, длительность заболевания характеризуются более выраженными нарушениями и снижением резервов сосудистой регуляции.

Особенности амбулаторной диагностики антрациклиновой кардиотоксичности

Водопьян А.В., Водопьян О.В.

Городская поликлиника № 8, Санкт-Петербург

Цель работы – определить амбулаторные методы скрининговой диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) при лечении химиотерапевтическими препаратами у женщин.

Материалы и методы. Применяемые для лечения онкологических заболеваний у женщин химиотерапевтические препараты обладают выраженной кардиотоксичностью. Для диагностики кардиотоксичности в амбулаторных условиях необходимы высокоэффективные скрининговые методы. Применяемая в РФ для определения кардиотоксичности ЭКГ не может считаться эффективным диагностическим методом. Более приемлем ЭхоКГ-метод диагностики. В амбулаторных условиях необходимо увеличение кратности ЭхоКГ в признанном диапазоне. Для решения вопроса о ранней диагностике ХСН при кардиотоксичности необходимо проведение эхокардиографии через 3, 6, 12 мес после лечения онкологических заболеваний у женщин. По многочисленным рекомендациям показателем может служить уменьшение на 20% от фракции выброса (ФВ), как признак ХСН или любое снижение менее 50% – для пересмотра терапии и назначения сердечно-сосудистых препаратов. Но для такого наблюдения и требуется увеличение рекомендуемой кратности исследований. Это создает определенные трудности в доступности на амбулаторном этапе, с увеличением нагрузки на врачей-специалистов. Данные клинического исследования говорят о высокой частоте возникновения ХСН при монотерапии с увеличением процента кардиотоксичности при комбинировании нескольких антрациклиновых химиотерапевтических препаратов. Существует тенденция отсроченного развития ХСН в начальном периоде после применения антрациклиновых препаратов с последующим быстрым прогрессированием признаков ХСН в период второго и последующих лет после химиотерапии, с увеличением летальности от ХСН у таких онкологических больных. Тропониновый тест (с повышением уровня TnI) в амбулаторных условиях сложно применить, так как возникает опасность симулирования ОКС и служить причиной диагностической ошибки дестабилизации хронической кардиотоксичности. Сцинтиграфия сложна для скринингового способа диагностики, и возникает риск добавочного облучения у онкологических пациентов.

Выводы. В условиях амбулаторного приема онкологических пациентов для раннего выявления признаков ХСН требуется увеличение кратности ЭхоКГ, что улучшит выявляемость ХСН и выживаемость онкологических больных с кардиотоксичностью.

Состояние респираторного здоровья в современной России

Воевода М.И., Ковалькова Н.А., Рагино Ю.И., Денисова Д.В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук, Новосибирск

Цель работы – изучить состояние респираторного здоровья в современной России на примере г. Новосибирска. Задачи:

1. Изучить распространенность респираторных симптомов в молодой популяции.
2. Изучить частоту нарушений функции внешнего дыхания у молодых лиц.
3. Проанализировать информированность о наличии заболеваний органов дыхания у молодых лиц, имеющих респираторные симптомы, вентиляционные нарушения.

Материалы и методы. На базе «НИИТПМ» (в настоящее время – «НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН») в течение 2013–2017 гг. проведено одномоментное популяционное обследование репрезентативной выборки (выборка сформирована с помощью генератора случайных чисел на основе базы ОМС) из 1117 человек 25–45 лет (515 мужчин и 602 женщины) одного из типичных районов г. Новосибирска. Для изучения состояния легочного здоровья использовались анкетирование (опросник Всемирной организации здравоохранения на выявление болезней органов дыхания, опросник ECRHS), спирометрия. Интерпретация спирометрии проводилась на основании международных рекомендаций 2010 г. “Spirometry for health care providers. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)”. Статистическая обработка результатов проведена в программе SPSS for Windows (версия 11).

Результаты. На наличие кашля более 3 мес ежегодно указали 27,6 % мужчин и 17,6 % женщин ($p < 0,0001$), отделение мокроты при кашле – 29,7 % мужчин и 16,3 % женщин ($p < 0,0001$), наличие «свистящего дыхания» за последний год – 19,0 % мужчин и 17,9 % женщин ($p = 0,640$), острые респираторные заболевания более 3 раз в год – 19,8 % мужчин и 24,1 % женщин ($p = 0,086$), затрудненного дыхания при контакте с холодным воздухом – 10,9 % мужчин и 21,9 % женщин ($p < 0,0001$), затрудненного дыхания при контакте с химическими поллютантами/животными – 10,5 % мужчин и 19,6 % женщин ($p < 0,0001$), приступы удушья – 1,9 % мужчин и 6,0 % женщин ($p < 0,0001$). Частота ОФВ1/ФЖЕЛ $< 70\%$ составила у мужчин 13,2 %, у женщин – 7,5 % ($p = 0,002$), ОФВ1 $< 80\%$ у мужчин – 12,2 %, у женщин – 10,5 % ($p = 0,352$), ФЖЕЛ $< 80\%$ у мужчин – 5,0 %, у женщин – 5,6 % ($p = 0,658$). Обструктивный вентиляционный паттерн (ОФВ1/ФЖЕЛ $< 70\%$; ФЖЕЛ $\geq 80\%$) регистрировался у 12,4 % мужчин и 6,8 % женщин ($p = 0,001$); рестриктивный (ОФВ1/ФЖЕЛ $\geq 70\%$; ФЖЕЛ $< 80\%$) – у 4,3 % мужчин и 5,0 % женщин ($p = 0,574$); смешанный (ОФВ1/ФЖЕЛ $< 70\%$; ФЖЕЛ $< 80\%$) – у 0,8 % мужчин и 0,7 % женщин ($p = 0,824$). Среди мужчин 25–45 лет 45,1 % оказались курящими, 27,4 % – бывшими курильщиками, 27,4 % никогда не курившими; среди женщин 26,7 % – курящими, 24,8 % – экс-курильщиками, 48,4 % – никогда не курившими. На наличие в анамнезе бронхиальной астмы указали 2,9 % мужчин и 2,0 % женщин, наличие хронического бронхита – 7,2 % мужчин и 8,8 % женщин, туберкулеза легких – 2,7 % мужчин и 1,5 % женщин. Информированность о наличии какого-либо хронического заболевания легких при зарегистрированном отношении ОФВ1/ФЖЕЛ $< 70\%$ составила 22,1 %, при ОФВ1 $< 80\%$ – 23,8 %, при указании на «свистящее» дыхание – 29,6 %, при наличии хронического кашля – 23,4 %.

Выводы. 1. Выявлена высокая распространенность респираторных симптомов у молодых лиц, гендерные различия. 2. Обструктивные вентиляционные нарушения достоверно чаще зарегистрированы среди молодых мужчин, чем среди молодых женщин. 3. Выявлена низкая информированность о наличии хронических заболеваний легких при зарегистрированных вентиляционных нарушениях, респираторных симптомах.

Заключение. Значительный диссонанс в распространенности респираторных симптомов и диагностированных хронических заболеваниях легких (по данным анамнеза), низкая информированность о наличии легочной патологии при выявленных вентиляционных нарушениях позволяют сделать вывод о гиподиагностике хронических заболеваний легких у лиц молодого возраста г. Новосибирска. Целесообразна интенсификация профилактических мероприятий в отношении бронхолегочной патологии, повышение ее выявляемости у лиц молодого возраста – основного фундамента нации.

Влияние циклоферона на цитокиновый профиль у больных микогенной бронхиальной астмой

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

Амурская государственная медицинская академия, Медицинский лечебно-диагностический центр Евгения, Северо-Западный Государственный медицинский университет, Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенск

Цель работы – изучить динамику интерферонового статуса и интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов *in vitro* у больных микогенной бронхиальной астмой (БА) до, на фоне и после окончания лечения циклофероном.

Материалы и методы. Обследованы 54 больных БА, находившихся в пульмонологическом отделении Амурской областной клинической больницы. Средний возраст больных составил 43,2 года. У всех пациентов обострение астмы было спровоцировано острой респираторной вирусной инфекцией. Интерфероновый статус оценивали методом ИФА с использованием наборов для определения IFN- γ и IFN- α фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск). Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от уровня содержания IFN в сыворотке периферической крови. В 1-ю группу были включены 11 (20,4 %) пациентов, у которых уровень IFN- γ в сыворотке крови был в пределах вариабельности контрольных значений (4,5–7,7 ЕД/мл). Во 2-ю группу вошли 19 (35,2 %) больных с низким уровнем IFN- γ (< 4 пкг/мл), а в 3-ю группу – 24 (44,4 %) пациента с высоким уровнем IFN- γ (> 8 пкг/мл). Циклоферон применялся по общепринятой схеме.

Результаты. Мониторинг сывороточного IFN- γ показал, что уровень данного цитокина во всех группах после лечения был приблизительно одинаковым. Через 1 мес после лечения циклофероном в сыворотке крови больных 2-й и 3-й групп отмечался достоверный ($p < 0,05$) подъем сывороточного IFN- γ по сравнению с тем уровнем, которого он достигал через 2 нед после начала лечения. В целом значение этого показателя у больных сравниваемых групп оставалось в пределах верхней границы нормы. Результаты стендовых исследований показали, что циклоферон обладает моделирующей способностью влиять на синтез лейкоцитами крови IFN- α и IFN- γ .

Выводы. Таким образом, циклоферон может быть рекомендован в качестве препарата выбора и для профилактического приема больными микогенной БА в период эпидемических вспышек респираторных инфекций.

Анализ работы врача-терапевта в амбулаторно-поликлиническом звене

Волкова Л.Д., Волкова О.А., Николаенко О.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

В настоящее время не вызывает сомнений, что эффективная коммуникация является определяющей при выстраивании терапевтического альянса врача с пациентом. Происходящее в нашей стране оказывают существенное влияние на взаимоотношения между врачами и пациентами, а это влечет за собой повышение требований к качеству образования специалистов в области коммуникативных навыков.

Цель исследования – провести анализ работы врача – участкового терапевта в условиях поликлиники в соответствии с утвержденными законодательными стандартами.

Материалы и методы. Проанализированы 150 амбулаторных приемов врачей – участковых терапевтов с помощью анкеты, составленной на основании Приказа Минздрава РФ №923н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия» и паспорта экзаменационной станции «Сбор анамнеза на первичном амбулаторном врачебном приеме» Государственной итоговой аккредитации 2017 г.». Критериями оценки работы врача явились: время, затраченное на прием одного пациента; установление контакта с больным; расспрос; выстраивание отношений в процессе; объем проведенного физикального обследования. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы Microsoft Excel. Для абсолютных величин вычислялись: среднее значение, стандартное отклонение, медиана.

Результаты. Среднее время первичного врачебного приема составило $13 \pm 3,1$ мин, в 38 % случаев (57 пациентов) прием длился более 15 мин. При оценке категории «Установление контакта» выявлено: врач здоровался с пациентом на 78 приемах (52 %); сообщал больному, где можно расположиться – 26 % (39 приемов); самопрезентация врача-участкового ни разу не осуществлялась; согласие на расспрос получено в 100 % случаев; «Идентификация личности пациента» выполнена на 126 приемах (84 %). Анализ категории «Расспрос» позволил установить: врач начинал общение с вопроса о жалобах пациента в 96 % случаев (144 приема); выслушивал без перебивания в 74 % (110 приемов); дополнительный расспрос проведен у 29 пациентов (24 %), что позволяет задуматься о возникновении дефекта первичной диагностики; учет мнения пациента о связи своего заболевания с какими-либо событиями произведен в 8 % случаев (11 пациентов). Выстраивание отношений в процессе общения врача с пациентом недостаточно удовлетворительное: зрительный контакт более половины от времени взаимодействия не был установлен, больше всего времени врач уделял заполнению медицинской документации. В целях сокращения времени приема участковый терапевт перебивал пациента (в 48 % случаев), критика в адрес пациента наблюдалась также в 48 % случаев. При оценке полноты физикального обследования выяснилось, что пульс и частота сердечных сокращений не определялись ни на одном из приемов. Аускультация была выполнена исключительно в случаях подозрения на патологию бронхолегочной (40 % – 60 приемов) и сердечно-сосудистой систем (8 % – 12 пациентов). Измерение АД производилось только по запросу пациента либо при наличии в анамнезе гипертонической болезни (70 % – 105 приемов). Пальпация живота производилась лишь у пациентов с подозрением на острую абдоминальную патологию (4 % от всех приемов). Пальпация печени и селезенки не производилось ни на одном приеме даже при наличии жалоб или анамнестических данных за патологию со стороны данных органов.

Выводы. Время амбулаторного первичного приема врача – участкового терапевта укладывается в установленные стандарты (15 мин) только на 62 % от всех приемов; элементарные правила этикета врачом не соблюдаются почти в половине всех наблюдаемых случаев (48 %), при этом о комфорте пациента чаще всего врач заботится (64 %). Практикующие врачи уделяют недостаточно времени и внимания полному сбору анамнеза заболевания и жизни; дополнительный расспрос проводят в 24 % случаев, а мнения пациента не учитывается в 92 %; в 48 % случаев не устанавливаются партнерские взаимоотношения между врачом и пациентом, более того, зачастую поведение врача вызывает негативную эмоциональную

реакцию со стороны больного; физикальное обследование чаще всего проводилось не в полном объеме, что обусловлено, первую очередь, жесткими временными рамками. Ввиду выявления у врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинического звена недостаточного уровня владения коммуникативными навыками, целесообразным представляется проведение ряда мероприятий по дополнительной подготовке в этом направлении специалистов, как действующих, так и будущих.

Влияние уровня тревоги и депрессии, типа личности на приверженность к лечению у амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью

Волкова С.Ю., Пантеева Е.В., Шевелева О.Е.

*Тюменский государственный медицинский университет,
Тюмень*

Цель работы – выявление уровня тревоги и депрессии, распространенности типа личности D (дистрессорный) у амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также их влияние на приверженность пациентов к назначенной терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены 98 человек, наблюдающихся на базе ММАУ «Городская поликлиника № 4» с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сопутствующей ХСН, из них 24,6 % – мужчины и 75,4 % – женщины, средний возраст – $71 \pm 2,1$ года. Всем пациентам исходно проведено скрининговое обследование, включающее госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), тест Мориски–Грин для определения приверженности к лечению, тест на выявление психотипа (DS-14), опросник для определения качества жизни (SF-36). Статистическая обработка результатов исследования, составление регистров для длительного динамического наблюдения осуществлялись с применением пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. В основном в группе были представлены пациенты с I стадией ХСН – 78 %, ХСН IIa стадии – у 22 % исследуемых. Основной причиной развития ХСН было сочетание ИБС и АГ – 71 %, только АГ выявлена у 29 %. Согласно опроснику HADS субклиническая тревога выявлена у 25 % наблюдаемых, клиническая тревога – у 16,5 %, в основном среди женщин (82,4 % от подгруппы). Субклиническая депрессия выявлена у 23,5 % пациентов, клиническая депрессия – у 14,1 %, также в основном среди женщин (75 % от подгруппы). Психотип D выявлен у 17 пациентов (22,07 %), из них 76,5 % – женщины. Оценивая приверженность к терапии, можно отметить, что среди наших пациентов в основном отмечена высокая (88,2 %) и средняя (11,7 %). При этом среди пациентов с выявленным психотипом D высокую приверженность к лечению и врачебным назначениям указали 70 % пациентов, 30 % – среднюю. Среди пациентов со средней приверженностью к лечению 60 % имели отклонения в тесте HADS, в то время как среди пациентов с высокой приверженностью к терапии таких было 55 %, при этом уровень тревоги и депрессии в данных группах различался.

Выводы. Исходя из полученных результатов, целесообразно изучить влияние уровня тревоги и депрессии, а также поведенческого типа личности (психотипа) на течение ХСН, определить индивидуальный подход к лечению и коррекции психологических особенностей для повышения комплаентности у пациентов с ХСН в зависимости от индивидуальных психологических характеристик.

Фармакогенетические аспекты генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных с хронической сердечной недостаточностью

Волкова С.Ю., Томашевич К.А., Пантеева Е.В., Солобоева М.Ю.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования – оценка взаимосвязи влияния применяемых групп фармакологических препаратов на исходы заболевания у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

Материалы и методы. В исследование был включен 51 пациент (27 женщин и 24 мужчины, средний возраст $73,1 \pm 11,3$ года) с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в МСЧ «Нефтяник». Пациенты получали стандартную терапию ХСН, соответствующую современным российским рекомендациям. При помощи анализа геномной ДНК методом полимеразной цепной реакции «SNP-экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Проведена оценка конечной точки исследования (летальный исход) на протяжении 4 лет наблюдения данной когорты пациентов (средний срок наблюдения составил $325,8 \pm 291,5$ дня) с анализом фармакогенетической взаимосвязи по основным группам препаратов, применяемых для лечения ХСН: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), бета-адреноблокаторы (БАБ), диуретики, антагонисты альдостерона (АА), дигоксин, а также антагонистов кальция (АК).

Результаты. Статистический анализ (метод Каплана–Майера) сопоставления частоты генотипов РААС с исходами у больных ХСН не показал ассоциаций генетических полиморфизмов РААС с летальным исходом. Значимые фармакогенетические ассоциации и их влияние на выживаемость были определены для аллеля Del гена ACE, среди больных, получающих ИАПФ ($p < 0,06$); а также для полиморфизмов T174M AGT. Так, для АА анализ Каплана–Майера показал большую кумулятивную выживаемость среди больных, не имевших аллель 174Met гена AGT по сравнению с теми, у кого в генотипе был данный аллель ($p = 0,012$). Аналогичные данные получены для полиморфизмов T174M AGT среди лиц, принимавших БАБ. Большая кумулятивная выживаемость была отмечена среди лиц, не имевших аллель 174Met гена AGT по сравнению с теми, у кого в генотипе был данный аллель ($p = 0,004$). Причем расхождение кривых выживаемости во всех случаях начиналось с первых недель наблюдения. Для ряда групп лекарственных препаратов, таких как диуретики, дигоксин, АК, в нашем исследовании не было найдено фармакогенетических ассоциаций.

Выводы. Результаты нашего исследования (даже на небольшой выборке пациентов) показали, что желательно учитывать генетический полиморфизм РААС при назначении медикаментозной терапии в рамках стандартов и клинических рекомендаций, что имеет несомненное значение для долгосрочной выживаемости этой группы больных.

Хроническая болезнь почек у больных сахарным диабетом 2-го типа

Волошинова Е.В., Лобанова О.С., Цатурова К.Н., Григорьева Е.В.

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

Введение. Высокая распространенность хронической болезни почек (ХБП), сопоставимая с распространенностью ИБС и сахарного диабета (СД), подтверждена в многочисленных крупномасштабных международных исследованиях. Рост числа больных с ХБП обусловлен поражением почек в рамках СД и АГ. Среди пациентов с ХБП смерть от сердечно-сосудистых заболеваний встречается в 10–20 раз чаще, чем в популяции, а вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в 25–100 раз выше, чем риск терминальной почечной недостаточности. Принятие стратегии и тактики кардионепропротекции продемонстрировало необходимость преемственного подхода в ведении больных СД врачами-эндокринологами, кардиологами, нефрологами.

Цель исследования – изучить встречаемость и особенности ХБП у больных СД 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование включены 780 больных СД 2-го типа (средний возраст $59,9 \pm 9,7$ года; 70,3 % – женщины; продолжительность заболевания $11,8 \pm 7,67$ года, у пациентов с ХБП – $12,4 \pm 7,6$ года), находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова в 2015 г. Диагноз СД и достижение целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) устанавливали согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (1999–2013) и национальным алгоритмам по диагностике и лечению СД (2015). Установление диагноза и определение стадии ХБП проводили согласно Российским национальным рекомендациям (2016). Результаты. ХБП зафиксирована у 546 (70 %) пациентов. В структуре почечной патологии наиболее часто встречались инфекции мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит) – 46,4 % больных и нефропатия смешанного генеза (диабетическая и гипертоническая) – 41,2 % пациентов. Диабетическая нефропатия без АГ выявлена у 13,9 % больных, мочекаменная болезнь – у 18,3 %, кисты почек – у 26,9 % пациентов. У 6 % больных единственным критерием ХБП было стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации менее $60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$. Среднее значение HbA1c составило $8,24 \pm 1,5$ %, при этом индивидуальный целевой уровень HbA1c был достигнут на амбулаторном этапе только у 111 (22,3 %) пациентов. В исследуемой группе 521 (95,4 %) пациент имел АГ, при этом антигипертензивную терапию получали 478 (87,5 %) больных, из них только у 358 (74,9 %) пациентов использовалась комбинация 2 и более лекарственных препаратов (ЛП). На амбулаторном этапе целевой уровень АД был достигнут лишь у 147 (28,2 %) пациентов. У больных с недостигнутым целевым уровнем АД 82 (25 %) пациента использовали 1 антигипертензивный ЛП, 2-компонентную терапию получали 115 (35 %) больных, комбинация 3 и более ЛП применялась у 131 (40 %) пациентов. У 427 (78,2и %) больных установлен ИМТ $>30 \text{ кг/м}^2$. Ожирение I степени выявлено у 43,8 % пациентов, II степени – у 32,7 %, III степени – у 23,5 % больных, в 97 % случаев имелся абдоминальный тип ожирения. У больных с ХБП гиполипидемическая терапия статинами проводилась в 21,6 % случаев. У пациентов с I–II стадиями ХБП без ССЗ целевые показатели липидного обмена (ЛПНП $<2,5 \text{ ммоль/л}$, ЛПВП $>1 \text{ ммоль/л}$ для мужчин и $>1,3 \text{ ммоль/л}$ для женщин) достигнуты не были. У пациентов с III–V стадиями ХБП и/или ССЗ целевые показатели ЛПНП $<1,8 \text{ ммоль/л}$ достигнуты у 1 (0,5 %) пациента. ХБП I стадии выявлена у 90 (16,5 %) пациентов, II стадии – у 286 (52,4 %) больных, III стадии – у 156 (28,6 %) пациентов, IV и V стадий – у 14 (2,5 %) пациентов.

Заключение. Установлена высокая встречаемость ХБП среди госпитализированных больных с СД 2-го типа. Диагноз ХБП с указанием стадии был отражен в медицинской документации только в 55 % случаев, что свидетельствует о сохраняющейся недооценке эндокринологами данной патологии. Лишь незначительная часть больных на амбулаторном этапе имела целевые значения АД и HbA1c. Таким образом, контроль уровня АД и уровня гликемии с достижением рекомендуемых в настоящее время целевых значений, как доказанная мера по предупреждению

прогрессировании ХБП при СД и снижения риска развития сердечно-сосудистых событий, продолжает оставаться актуальной задачей.

Индекс анизоцитоза эритроцитов (RDW) как маркер прогноза осложнений острого инфаркта миокарда

Воробьев С.А., Родионова Н.О.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Актуальность. До настоящего времени прогноз течения острого ИМ труден в первые сутки его развития. Возможность прогнозирования определяет стратегию и тактику ведения больного. Общеизвестно, что на прогноз оказывают влияние тип инфаркта (Q, не-Q), локализация, площадь некроза, возраст и пол больного, весь комплекс факторов риска ИБС и сопутствующая патология. При прочих равных условиях предпочтение должно быть отдано маркеру прогноза течения инфаркта, отвечающему следующим требованиям: стандартизованность, доступность, экономичность, возможность автоматизированного выполнения, неинвазивность. Указанным требованиям соответствует показатель RDW (индекс анизоцитоза эритроцитов), рутинно определяемый в современном автоматизированном анализе крови.

Цель исследования – оценить значение RDW как маркера прогноза осложнений у больных с ИМ с учетом его варианта, возраста и пола больных.

Материалы и методы. Проспективное обсервационное исследование проведено на базе кардиологического отделения ГБУЗ КБ СМП г. Твери. В исследование было включено 34 пациента моложе 70 лет с верифицированным диагнозом острого ИМ (повышенные цифры МВ-КФК и положительный тропониновый тест в сочетании с типичными изменениями ЭКГ). Всем пациентам в первые сутки госпитализации проводился клинический анализ крови на автоматизированном гематологическом анализаторе. Критериями исключения из исследования являлись: тяжелая сопутствующая патология с функциональными нарушениями (хронические заболевания почек, сахарный диабет, диффузные заболевания печени, онкологические заболевания, анемии любой степени, острое нарушение мозгового кровообращения). Пациенты, удовлетворяющие критериям включения и исключения, были разделены на 2 группы в зависимости от величины RDW на 1-е сутки госпитализации: свыше 15,0 % (основная группа – I); в рамках границы нормы – 12,0–15,0 % (контрольная – II). На 14-е сутки заболевания оценивали наличие осложнений в группах без детального сопоставления их качественного состава. К осложнениям относили: перинфарктную стенокардию, перикардит, аневризму левого желудочка, аритмии и блокады, разрыв миокарда и др. Умерших пациентов в исследовании не было. В дальнейшем рассчитывался относительный риск наступления осложнений в исследуемых группах.

Результаты и обсуждение. В группе больных I (RDW >15 %) частота осложнений составила 87,5 % против 33,3 % во II-й группе (RDW 12–15 %). При этом группы незначительно различались по полу (62,5 % мужчин и 37,5 % женщин в группе I; 50 % мужчин и 50 % женщин в группе II) и возрасту (68,54 ± 10,21 года в группе I и 65,44 ± 10,21 года в группе II; p = 0,227). Группы пациентов не различались по частоте Q- и не-Q-инфаркта (87,5 % и 12,5 % соответственно в группе I; 83,3 % и 16,7 % соответственно в группе II), локализации ИМ. Относительный риск осложнений строго ИМ в группе I с RDW >15 % составил 2,625 (95 % ДИ 1,33–5,177). Таким образом, пациент с острым ИМ и повышенным на момент поступления RDW имеет риск осложнений в 2,6 раза выше, чем пациент с его нормальным значением. Чувствительность и специфичность RDW в оценке осложнений

острого ИМ составила соответственно 0,7 и 0,86.

Выводы. RDW может служить прогностическим фактором осложненного течения острого ИМ.

Оценка основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди студентов высших и средних учебных заведений

Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Одной из важных проблем современного общества является состояние здоровья молодежи, в том числе студенческой. Данная категория граждан скептически относится к угрозе состояния своего здоровья, поэтому важной задачей является раннее выявление и коррекция ФР хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Принимая во внимание то, что в медицинском учебном заведении с 1-го курса предполагается изучение предметов, связанных с формированием здорового образа жизни, актуальным представляется проведение сравнительного анализа распространенности ФР ХНИЗ среди студентов высших и средних учебных заведений.

Цель работы – провести сравнительную оценку распространенности основных ФР ХНИЗ среди студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ.

Материалы и методы. Обследованы 166 студентов 1-го и 2-го курсов ЮУГМУ (средний возраст 18,4 ± 1,1 года) и 178 учащихся 1-го и 2-го курсов медицинского колледжа (средний возраст 18,8 ± 2,9 года). Оценка основных поведенческих ФР ХНИЗ проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, массы тела, окружности талии, расчет ИМТ (кг/м²) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение АД и интерпретация данных проводились согласно российским рекомендациям по диагностике и лечению АГ (2013). Для выявления тревоги и депрессии применялась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 . Различия считали достоверными при p < 0,05.

Результаты. Среди студентов начальных курсов ЮУГМУ в сравнении с учащимися медицинского колледжа достоверно ниже распространенность активного курения (8,0 и 15,2 %, p < 0,05), употребления алкоголя в малых дозах (15,1 и 26,4 %, p < 0,05), низкой физической активности (55,6 и 66,9 %, p < 0,05), недостаточного употребления овощей и фруктов (57,6 и 71,7 %, p < 0,05), избыточного употребления соли (21,1 и 63,4 %, p < 0,05), избыточного употребления сахара (10,2 и 29,9 %, p < 0,05), дефицита массы тела (3,6 и 9,6 %, p < 0,05), абдоминального ожирения (1,3 и 7,9 %, p < 0,05), АГ (1,2 и 5,1 %, p < 0,05) и достоверно выше распространенность тревоги клинического уровня (21,1 и 10,6 %, p < 0,05). Среди студентов ЮУГМУ и учащихся медицинского колледжа выявлена высокая распространенность пассивного курения (55,4 и 44,9 %), употребления алкоголя за последние 12 мес (72,4 и 64,6 %), нерационального питания (77,1 и 75,0 %), тревоги (45,8 и 37,6 %), депрессии (16,9 и 18,0 %). Достоверных различий нет.

Выводы. 1. Среди студентов начальных курсов ЮУГМУ и медицинского колледжа выявлена высокая распространенность курения, употребления алкоголя, низкой физической активности, нерационального питания, тревоги и депрессии. 2. Среди студентов медицинского университета в сравнении с учащимися медицинского колледжа достоверно ниже распространенность курения, недостаточного употребления овощей и фруктов, избыточного употребления соли и сахара, низкой физической

активности, дефицита массы тела, абдоминального ожирения, АГ и выше частота встречаемости тревоги клинического уровня.

Оценка параметров микроциркуляции у больных ишемической болезнью сердца методом лазерной доплеровской флоуметрии

Газданова А.А.

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

Расстройства микроциркуляции, обусловленные разными причинами, играют важную роль в патогенезе различных, в том числе и кардиологических заболеваний, поэтому объективная регистрация периферического кровотока необходима для оценки состояния и механизмов регуляции кровотока в микроциркуляторном русле.

Целью настоящего исследования явилась оценка состояния микроциркуляции у больных ИБС с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Материалы и методы. Нами обследованы 115 больных стабильной стенокардией напряжения ФК II–III в возрасте от 41 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил $63,3 \pm 5,7$ года. Средняя длительность заболевания – $5,3 \pm 2,1$ года. В исследование не включали больных с тяжелой сопутствующей патологией. Все больные давали письменное информированное согласие на участие в исследовании, включающее клиническое, лабораторное обследование, диагностические пробы. Всем больным были проведены общеклиническое обследование, определялась коагулограмма, липидограмма, ЭКГ, ЭхоКГ. Для регистрации параметров микроциркуляции применяли компьютеризированный лазерный доплеровский флоуметр ЛАКК – 02 (ООО НПП «Лазма», Россия) с длиной волны 0,63 мкм и частотой дискретизации сигнала 10 Гц. Испытуемый находился в положении лежа. Устройство фиксировали над выбранной точкой наружной поверхности левого предплечья (на 4 см выше лучезапястного сустава по срединной линии, в зоне Захарьина–Геда для сердца). Индифферентный электрод крепили на запястье правой руки. Предварительно производилась регистрация базального кровотока в состоянии покоя в течение 3 мин. Проводились функциональные тесты – окклюзионная и ионофоретическая пробы. При ионофорезе был использован 0,1 % водный раствор ацетилхолина при токе 5 мкА, режим постоянный в течение 3 мин. Вычислялись следующие параметры: средний показатель микроциркуляции – М, показатель микроциркуляции в ответ на ионофорез ацетилхолина – Мтах, альфа-ритмы («нутривные») – разновидность медленных колебаний, обусловленные контракцией эндотелия капилляров, индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ). Для определения нормальных параметров диагностических проб были обследованы 30 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 50 лет (15 женщин и 15 мужчин, средний возраст $34,7 \pm 3,5$ года). Анализ результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica. Показатели представлены в виде $M \pm m$. Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента и коэффициента корреляции Пирсона, статистически достоверными считали значения $p \leq 0,05$.

Результаты. При сопоставлении результатов ЛДФ у больных ИБС показателями в группе здоровых была установлена достоверная разница между всеми параметрами больных и здоровых лиц. Так, у всех больных отмечается достоверно более низкий уровень базального кровотока, чем у здоровых: $M - 2,91 \pm 0,93$ пф. ед. и $4,82 \pm 0,47$ пф. ед. соответственно, $p \leq 0,05$. У больных стабильной стенокардией отмечается

снижение амплитуды α -ритмов как в ходе проведения окклюзионной ($3,6 \pm 1,05$ усл. ед.), так и ионофоретической ($1,26 \pm 1,05$ усл. ед.) проб, что достоверно ниже, чем в группе здоровых: $8,1 \pm 1,4$ усл. ед.; $3,32 \pm 1,7$ усл. ед. соответственно ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$). Для действия ацетилхолина характерно быстрое нарастание показателя микроциркуляции (М) в ходе проведения ионофоретической пробы (Мтах). В группе здоровых показатель микроциркуляции в ответ на ионофорез ацетилхолина достоверно возрастает по сравнению с исходным значением ($с 4,82 \pm 0,47$ пф. ед. до $8,24 \pm 1,05$ пф. ед., $p \leq 0,01$). В группе больных в ходе проведения ионофоретической пробы наблюдается медленное и кратковременное нарастание показателя микроциркуляции, тенденция к восстановлению исходных значений до прекращения действия ионофореза ацетилхолина. Причем величина Мтах в ходе исследования возрастает недостоверно по сравнению с исходным значением ($с 2,91 \pm 0,93$ пф. ед. до $5,18 \pm 0,71$ пф. ед., $p \geq 0,05$). Кроме того, у части больных имело место отсутствие реакции на ионофорез ацетилхолина, при этом показатель микроциркуляции в ходе проведения пробы оставался без изменения. У обследованных больных также отмечалось снижение индекса эффективности микроциркуляции: $1,93 \pm 0,2$ и $2,46 \pm 0,2$ соответственно ($p \leq 0,01$).

Выводы. Метод ЛДФ позволяет выявить нарушения процессов микроциркуляции и снижение резервных возможностей микроциркуляторного русла у больных ИБС.

Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: Q– и Q+ инфаркт миокарда среди населения

Гафаров В.В., Гафарова А.В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск

Цель работы – определить заболеваемость, смертность, летальность, эффективность оказания помощи заболевшим ИМ Q– и Q+ среди населения в возрасте 25–64 года.

Материалы и методы. Программа ВОЗ «Регистр острого ИМ», работающая по «горячему» методу в 3 районах г. Новосибирска с численностью населения 600 тыс. жителей. В течение 39 лет (1977–2015 гг.) 27 835 случаев ИМ были зарегистрированы, из них 9 022 случаев – с летальным исходом. Результаты. Анализ показал, что заболеваемость для обеих полов на 1000 жителей Q–негативным ИМ (Q–) среди населения в возрасте 25–64 года за 2011–2015 гг. составила 2,3–1,8. Q– составляет 70 % от общей заболеваемости ИМ. Также как и заболеваемость, смертность при Q– составляет подавляющую часть смертности Q– и Q+. В то же время летальность при Q– превышает таковую при Q+ ($35,6–35,3$ и $31,2–29$ % соответственно). В структуре летальности 2/3 происходит на дому. Число недиагностированных случаев ИМ в момент первого медицинского осмотра (скорая медицинская помощь, поликлиника, стационар) составило 24,3 %. Следует обратить внимание на то обстоятельство, что в региональные сосудистые центры в 2015 г. поступило 26,3 % заболевших ИМ, остальные поступают в больницы скорой медицинской помощи. Установили, что в продромальном периоде у выживших в течение 28 дней после приступа больных ИМ достоверно чаще, чем у умерших наблюдалось обострение стенокардии, чувство стесненности в груди и тяжесть в руках. У умерших больных, напротив, превалировала одышка, необычная усталость как в группе внезапно умерших, так и в группе умерших внезапно. Показатели обращаемости больных ИМ за

медицинской помощью по временным интервалам с начала исследования и до 1992 г. оставались на уровне 1977 г.: в течение часа к врачу обращалось 40 %; от 1 до 5 ч 59 мин – 28 %; от 6 ч до суток – 21 %; свыше суток – 11 %. В последующие годы ситуация ухудшилась: число обратившихся спустя сутки и более с начала заболевания возросло в 2 раза, а обратившихся в течение 1 ч также в 2 раза снизилось, частично переместившись в интервал от 1 до 5 ч 59 мин. По нашим данным, ведущими причинами поздней обращаемости больных ИМ за медицинской помощью являются: мнение пациента о том, что приступ купируется самостоятельно (58 %), незнание симптомов ИМ (43 %) и отсутствие связи данного приступа с заболеванием сердца по мнению пациента (34 %), без достоверных различий между мужчинами и женщинами. Анализируя эффективность оказания медицинской помощи больным ИМ, было установлено, что в период с 1984 г. по 1992 г. в среднем только 26 % больных острым ИМ осматривалось врачом в течение часа с начала развития симптомов; в 1993 г. число заболевших, осмотренных в 1-й час, снизилось в 3 раза и переместилось во временные интервалы 60–119 мин и 2–3 ч 59 мин и по настоящее время не изменилось. Применение тромболитиков, коронарной ангиографии, хирургических методов реперфузии миокарда оставалось единичным до 2000 г.

Заключение. Установили, что подавляющую часть заболеваемости и смертности заболевших инфарктом миокарда составляет Q-; четверть случаев ИМ не диагностируется в момент первого медицинского осмотра, 26 % заболевших ИМ проходит через региональные сосудистые центры. Установили наличие различий в продромальном периоде у выживших и умерших больных ИМ; плохое знание клиники ИМ заболевшими и ухудшение знаний в течение последних 23 лет; уменьшение числа заболевших, осмотренных в течение 1-го часа за последние 23 года.

Влияние препарата «Ремаксол» на функциональное состояние печени у больных циррозом печени алиментарной этиологии

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

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

Цель исследования – изучить влияние препарата «Ремаксол» на функциональное состояние печени у больных циррозом печени алиментарной этиологии (ЦПАЭ).

Материалы и методы. Обследовано 14 больных ЦПАЭ в возрасте $52,0 \pm 2,3$ года. Всем больным проводилось биохимическое исследование крови и изучение лекарственно-метаболизирующей функции печени по данным фармакокинетики антипирина (АП) в слюне и содержанию метаболитов АП– нор- (н-АП) и 4-гидроксиантипирина (г-АП) в суточной моче до и после лечения «Ремаксолом», который назначался в дозе 800 мл 1 раз в сутки в течение 12 дней. Контрольная группа состояла из 10 практически здоровых добровольцев. Концентрации АП в пробах слюны и его метаболитов в моче определялись методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Результаты исследования. К концу терапии отмечалась положительная динамика клинической картины у всех обследованных больных в виде купирования болевого, диспептического синдромов; снижение количества баллов по прогностическим индексам: по шкале СТР (до лечения $8,5 \pm 2,6$; после $5,5 \pm 1,2$; $p < 0,2$); по индексу Meld (до лечения $12,7 \pm 2,9$; после $11,2 \pm 2,3$; $p < 0,08$). По данным ФиброАктиТеста у больных, получавших инфузии «Ремаксол», степень активности некрвоспалительного процесса в печени достоверно уменьшалась ($0,6 \pm 0,12$ – А3; $0,48 \pm 0,17$ – А2; $p < 0,04$); отмечена тенденция к снижению степени фиброза ($0,78 \pm 0,2$;

$0,76 \pm 0,2$ – F4; $p < 0,3$). По данным биохимических исследований крови выявлялось достоверное снижение показателей цитолитического (до лечения АСТ $107 \pm 13,4$ Ед/л; после – $52,9 \pm 8,8$ Ед/л; $p < 0,04$; до лечения АЛТ – $91,6 \pm 7,2$ Ед/л; после – $58,7 \pm 5,3$ Ед/л; $p < 0,03$); и холестатического синдромов (до лечения билирубин – $31 \pm 5,8$ мкмоль/л; после – $18,4 \pm 4,3$ мкмоль/л; $p < 0,04$; до лечения ГТПП – $418 \pm 13,2$ Ед/л; после – $220,3 \pm 11,3$ Ед/л; $p < 0,03$; до лечения ЩФ – $128,7 \pm 4,3$ Ед/л; после – $114,4 \pm 6,9$ Ед/л; $p < 0,2$). У больных до терапии «Ремаксолом» отмечалось угнетение активности микросомальных ферментов печени по показателям периода полувыведения и клиренса АП (Т1/2 $23,2 \pm 3,2$ ч, С1 $17,8 \pm 4,1$ мл/кг/ч; $p < 0,01$ против норма). Наряду с этим обнаружено уменьшение продукции метаболитов АП – н-АП ($3,8 \pm 1,5$ % от дозы АП, $p < 0,01$ против норма) и г-АП ($10,6 \pm 3,1$ % от дозы АП, $p < 0,01$ против норма), при этом у данной группы больных по сравнению с контрольной группой в большей степени нарушался процесс образования н-АП, чем г-АП, т. е. у исследуемой группы больных в большей степени страдал процесс N-деметилирования, чем 4-гидроксилирования молекулы АП. В результате терапии происходит нормализация фармакокинетических параметров АП (Т1/2 $17,6 \pm 2,4$ ч, С1 $22,9 \pm 5,1$ мл/кг/ч; $p < 0,01$ против норма) и достоверное увеличение продукции метаболитов АП – н-АП ($5,2 \pm 2,0$ % от дозы АП, $p < 0,05$ против норма) и г-АП ($13,6 \pm 3,0$ % от дозы АП, $p < 0,05$ против норма).

Выводы. Представленные результаты исследования свидетельствуют об улучшении функциональной способности печени, проявляющемся в снижении активности некрвоспалительного процесса, тенденции к уменьшению степени фиброза и к повышению активности лекарственно-метаболизирующей функции печени у больных ЦПАЭ после лечения препаратом «Ремаксол».

Летальность от внебольничной пневмонии в многопрофильном стационаре

Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Демчук Е.А., Яшкина Л.А., Челбаева Е.А., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет;

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза

Цель работы – анализ летальности и выявление предикторов летального исхода у больных с внебольничной пневмонией (ВП), лечившихся в отделении пульмонологии областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко г. Пензы в 2014–2016 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ 24 историй болезни, умерших от ВП в 2014–2016 гг. Оценивались факторы, способные повлиять на тяжесть течения пневмонии и летальный исход. Полученные исходные данные обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. За 3 года в отделении пролечено 477 больных ВП, из которых 24 умерло, в том числе, 15 – в трудоспособном возрасте, из них 67,3 % работающих. В 7 случаях была досрочная летальность (до 10 ч). Средний возраст умерших пациентов составил $55,6 \pm 14,4$ года. Из числа умерших 16 мужчин (66,7 %) в возрасте $56,3 \pm 11,1$ лет и 8 женщин (33,3 %) в возрасте $54,4 \pm 20,2$ года. Среднее пребывание на койке 7,8 дня. Летальность составила 1,26, 7,83 и 6,40 % в 2014, 2015 и 2016 гг. соответственно. Высокая летальность в 2015 и 2016 гг. была обусловлена тяжелыми формами вирусных пневмоний, в том числе вызванных вирусом А/Н1N1, что составило 50 % от всех умерших. Все пациенты, умершие от вирусных пневмоний, не были вакцинированы от гриппа. Обращение за медицинской помощью от начала заболевания варьировало от 2 до 10 дней, в среднем 7,6 дня. В 2 случаях смерти были дефекты

транспортировки (доставлены в состоянии клинической смерти). У 91,6 % умерших имелся неблагоприятный преморбидный фон. При анализе сопутствующей патологии, которая могла повлиять на исход пневмонии, выявлена ведущая роль сердечно-сосудистых заболеваний – у 22,7 %, ожирение – у 21,8 %, ХОБЛ – у 4,5 %, ВИЧ-инфекция у 4,5 % пациентов, факт злоупотребления алкоголем не скрывали 13,6 %, у 54,5 % пневмония на фоне гриппа. Патологоанатомическое исследование проведено всем умершим. Расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов не было.

Выводы. В эпидемию гриппа увеличивалась частота госпитализаций по поводу пневмоний, отмечалось более тяжелое течение и высокая летальность. Наблюдалась поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, и, как следствие, поздняя госпитализация и начало адекватной антимикробной терапии. Факторами риска неблагоприятного исхода ВП являются мужской пол старше 50 лет, сопутствующая сердечно-сосудистая патология, ожирение, злоупотребление алкоголем.

Экстрасистолическая аритмия как предиктор развития тромбоэмболических осложнений

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

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Общепризнано, что наиболее опасным нарушением сердечного ритма, ведущим к развитию тромбоэмболических осложнений и нарушению мозгового кровообращения, является ФП. При этом тромбоэмболия возникает при фрагментации пристеночных тромбов в ушке левого предсердия. Это приводит к развитию кардиоэмболического инсульта, эмболии магистральных артерий. В числе факторов риска тромбоэмболических осложнений экстрасистолии не упоминаются.

Цель исследования – установить взаимосвязь между различными видами экстрасистолии и тромбоэмболическими осложнениями.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты суточного мониторирования ЭКГ 987 пациентов с мультифокальным атеросклерозом магистральных артерий с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией, не имеющих ФП в анамнезе. Мы разделили экстрасистолы в зависимости от их момента возникновения в кардиоцикле:

- экстрасистолы, возникающие до открытия митрального клапана;
- экстрасистолы, возникающие до пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
- экстрасистолы, возникающие после пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
- экстрасистолы, возникающие в фазу медленного наполнения желудочков;
- спаренная и групповая экстрасистолия.

Анализовались очередное, внеочередное сокращения и первое постэкстрасистолическое сокращения. Внутриартериальный кровоток оценивался с помощью ультразвуковой доплерографии УЗДГ. Момент возникновения экстрасистол в кардиоцикле оценивался по данным ЭхоКГ, ЭКГ и холтеровского го ЭКГ. Кинетика артериальной сосудистой стенки рассчитывалась по параметрам кинетики: скорости, ускорения, мощности и работы, вычисленные на основании анализа сфигмограмм. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе было верифицировано с помощью КТ.

Результаты. С помощью мультифакторного анализа мы проанализировали риск тромбоэмболии в течение 1 года. Мы создали шкалу, к которой вошли следующие параметры, каждому из которых были присвоены баллы: сердечная недостаточность NYHA II и выше – 1 балл, АГ – 1 балл,

возраст (до 70 – 1 балл или старше 70 – 2 балла), сахарный диабет – 1 балл, ОНМК или системные тромбоэмболии в анамнезе – 2 балла, гемодинамически значимый стеноз каротидной бифуркации – 2 балла, гетерогенные атеросклеротические бляшки любой локализации – 1 балл, экстрасистолии до и после пика трансмитрального кровотока – 2 и 1 балл соответственно, групповые экстрасистолы, аллоритмии, пароксизмальная желудочковая тахикардия – по 2 балла. При расчете суммарного риска были получены следующие данные: 16 баллов – 26,4 %, 15 – 25,2 %, 14 – 24,6 %, 13 – 22,1 %, 12 – 20,8 %, 11 – 18,1 %, 10 – 15,6 %, 9 – 13,2 %, 8 – 11,7 %, 7 – 9,3 %, 6 – 7,5 %, 5 – 6,3 %, 4 – 3,8 %, 3 – 2,1 %, 1 – 0,9 %, 0 – 0,4 %.

Выводы. Определяющее значение для изменения гемодинамики имеет время возникновения экстрасистолы в кардиоцикле и способность первого постэкстрасистолического сокращения восстановить адекватный результирующий кровоток. Тактика лечения и целесообразность купирования экстрасистолии во многом определяется степенью нарушения гемодинамики при каждом конкретном варианте этого нарушения ритма. Наибольшие изменения кровообращения возникают при экстрасистолах до открытия митрального клапана. Экстрасистолическая аритмия с точки зрения внутриартериальной гемодинамики и кинетики артериальной стенки магистральных артерий является ФР тромбоэмболических осложнений у пациентов с атеросклерозом магистральных артерий. Наибольшую угрозу представляет не сама экстрасистола, а пульсовая волна первого постэкстрасистолического сокращения, особенно после ранней экстрасистолы, возникшей до момента открытия митрального клапана.

Влияние препарата «Мексидол» на процессы старения

Глава С.Е., Рыжкова Е.С., Комолова Е.С., Кристостурьян Н.Р., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования – изучение влияния на процессы старения препарата «Мексидол» (ФАРМАСОФТ НПК (Россия)). В исследовании приняло участие 12 пациентов, средний возраст составил $66,8 \pm 6,8$ года и варьировал от 53 до 72 лет. Критерии включения в исследование: наличие диагноза гипертонической болезни (ГБ) и подписанного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации, установленные психические заболевания, наличие онкологической патологии. Курс лечения мексидолом состоял из двух этапов. Начало терапии мексидолом проводилось в виде внутримышечного введения 5 % раствора по 2 мл в течение 10 дней. Затем терапия мексидолом была продолжена в виде приема внутрь по 125 мг 3 раза в день в течение 2 мес. При проведении исследования пациенты получали базисную терапию для лечения гипертонической болезни. Биологический возраст оценивали с помощью АПК «Диагностика старения: биовозраст» (Национальный геронтологический центр, Москва). Биомаркеры, используемые для расчета: АД, скорость пульсовой волны, жизненная емкость легких, статическая балансировка, проба Штанге, аккомодация, масса тела, сила кисти левой руки, тест Шульце, символично-цифровой тест Векслера, нейромышечный тест, частотный порог слуха, анкета «Самочувствие, активность, настроение» (САН). Оценка биологического возраста проводилась в начале исследования и через 3 мес наблюдения. Эффективность лечения оценивалась по динамике показателей биологического возраста. Статистический анализ данных с помощью программы Statistica 6. Результаты.

Положительный эффект в виде уменьшения темпа биологического старения, определяемого как разница между календарным и биологическим (полученным в ходе исследования) возрастом, выявлен у 10 (83 %) пациентов с ГБ. В ходе лечения получена положительная динамика в виде уменьшения показателей биологического возраста – 4,43 ± 10,29 года в начале исследования и – 7,97 ± 8,74 года (p > 0,05). Не отмечалось достоверных изменений в ходе применяемого лечения по таким показателям старения, как скорость пульсовой волны, жизненная емкость легких, аккомодация, масса тела, символно-цифровой тест Векслера, частотный порог слуха (p > 0,05). Выявлена положительная динамика показателей, которая, однако, не достигла статистически значимых значений для таких показателей, как сила кисти (23,33 ± 5,58 в начале исследования и 25,25 ± 5,94 в конце исследования, p > 0,05) и статическая балансировка (30,33 ± 30,86 и 42,41 ± 29,27 соответственно, p > 0,05). Статистически значимая положительная динамика при оценке показателей биологического возраста была получена при оценке теста Шульце, который используется для оценки устойчивости внимания, эффективности самостоятельной работы, психической устойчивости, скорости ориентировочно-поисковых движений взгляда, объема внимания. Получено достоверное улучшение показателей теста Шульце в конце исследования (52,50 ± 10,93) по сравнению с показателем в начале исследования (41,08 ± 12,29, p ≤ 0,05). Также получено статистически значимое увеличение показателя теста постукивания пальца с 73,67 ± 16,63 в начале исследования до 91,41 ± 14,23 в конце исследования (p ≤ 0,05). Все пациенты, включенные в исследование, завершили курс терапии в установленный срок. Ни один пациент не прекратил прием мексидола. По субъективным ощущениям пациентов, получавших мексидол, отмечена хорошая его переносимость.

Выводы. Курсовое лечение препаратом мексидол пациентов с ГБ привело к достоверному улучшению отдельных маркеров, определяющих степень старения и снижению разницы между биологическим и календарным возрастом. В ходе применения препарата мексидол отмечалась его хорошая переносимость. Полученные данные позволяют рекомендовать мексидол в качестве одного из компонентов геропротекторной терапии при регулировании процессов старения организма человека.

Результаты длительного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина

Голубев Ю.Ю., Струтынский А.В., Бекетова Е.Ю.

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

Цель исследования – оценить эффективность длительного (на протяжении 12 мес) лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и АГ фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина. Материалы и методы. В исследование включены 68 больных ХОБЛ II–IV стадии и АГ I–II степени (средний возраст – 59,3 ± 4,3 года), которым помимо бронхолитической и противовоспалительной терапии, ранее использованной больными для лечения ХОБЛ, назначали фиксированную комбинацию периндоприла и амлодипина («Престанс» фирмы Servier, Франция) в индивидуально подобранной дозе (5/5, 5/10, 10/5 или 10/10 мг). В работе использовались стандартные методики суточного мониторинга АД (СМАД), ЭхоКГ и исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Толерантность к физической нагрузке определяли по результатам теста 6-минутной ходьбы. Тяжесть клинических проявлений

ХОБЛ оценивали с помощью шкалы CAT (COPD Assessment Test) и теста mMRC (Medical Research Council). Определяли также содержание в крови провоспалительных цитокинов (ФНО-α и ИЛ-6) Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. При первичном исследовании у большинства больных ХОБЛ и АГ были выявлены клинические и инструментальные признаки бронхообструктивного синдрома, снижение показателей ФВД, умеренное повышение системного АД и систолического давления в легочной артерии (СДЛА), что сопровождалось формированием комбинированной гипертрофии правого (ПЖ) и левого желудочков (ЛЖ), снижением их диастолической функции и небольшим нарушением сократимости ПЖ. Эти признаки ассоциировались с увеличением уровня провоспалительных цитокинов (ФНО-α и ИЛ-6). На фоне 12-месячного лечения престансом целевой уровень систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) был достигнут у 54 больных (79,4 %). Наблюдалось значительное уменьшение индекса времени САД и ДАД (на 25–34 %; p < 0,01), увеличение степени ночного снижения САД и ДАД (на 43,2 %; p < 0,05). В соответствии с этим уменьшались средние значения массы миокарда (на 11,3 %; p < 0,01) и систолического размера ЛЖ (на 9,6 %; p < 0,05), а также улучшалась его диастолическая функция в виде увеличения на 31,8 % (p < 0,001) отношения Е/А. Кроме того, на фоне лечения препаратом «Престанс» происходило уменьшение признаков бронхообструктивного синдрома в виде увеличения (p < 0,05) ОФВ1 (на 9,0 %), ОФВ1/ФЖЕЛ (на 10,4 %) от исходных показателей, уменьшения (p < 0,05) средних значений шкалы mMRC (на 23,4 %), теста оценки САТ (на 19,6 %) и увеличения дистанции 6-минутной ходьбы (на 19,4 %; p < 0,05). Уменьшались также (p < 0,05) СДЛА (на 21,2 %), размеры ПЖ (на 11,3–15,7 %), индекс Теа (на 11,6 %) и увеличивалось отношение Е/А транстрикуспидального диастолического потока крови (p < 0,001), что свидетельствовало об улучшении диастолической функции ПЖ. Эти результаты ассоциировались также со значительным снижением уровня провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-6 (на 28,3 и 24,3 %; p < 0,05). Выводы. Включение в состав длительной комбинированной терапии больных ХОБЛ и АГ ингибитора АПФ и блокатора медленных кальциевых каналов сопровождается не только отчетливым антигипертензивным эффектом, тенденцией к обратному развитию гипертрофии и улучшением диастолической функции ЛЖ, но и заметным уменьшением клинических и спирографических признаков бронхообструктивного синдрома, снижением давления в легочной артерии, уменьшением размеров ПЖ и ЭхоКГ-признаков его систолической и диастолической дисфункции.

Особенности изменений внутрисердечной гемодинамики у беременных женщин

Горбунова М.Л., Белотелова И.Ю.

Нижегородская медицинская академия, Ю Нижегородский кардиохирургический центр Коралл, Нижний Новгород

Известно, что беременность способствует физиологическим, гемодинамическим и гормональным изменениям сердечно-сосудистой системы. Ранее существующие заболевания могут прогрессировать. Но основную трудность вызывают впервые появившиеся нарушения, и их трактовка вызывает сомнения у гинекологов и терапевтов.

Целью настоящего исследования было изучить особенности ремоделирования сердца во время беременности.

Материалы и методы. Обследованы 24 беременные женщины (2 и 3 триместр), до беременности не имевшие заболеваний сердечно-

сосудистой системы. Поводом для углубленного обследования стали жалобы на появление аритмий во время беременности. Средний возраст обследуемых составил $26 \pm 2,2$ года. Всем женщинам проводилось ЭКГ-мониторирование и ЭхоКГ. Определялись все стандартные показатели (конечные систолический и диастолический размеры левого желудочка (ЛЖ), правого желудочка, размер предсердий, толщина задней и межжелудочковой стенки ЛЖ, фракция выброса и оценка диастолической функции). Через 6 мес после родов женщинам проводили повторное контрольное ЭКГ-мониторирование и ЭхоКГ для сравнения с оценкой тех же характеристик.

Результаты. По данным ЭКГ-мониторирования у женщин выявлены суправентрикулярные экстрасистолы (1 класса по Биггеру). У 16 женщин – частые более 1000 в сутки, у 8 женщин менее 1000 в сутки. По данным ЭхоКГ сократительная функция не нарушена, гипертрофия миокарда не выявлена, клапаны не изменены, но регистрировалась диастолическая дисфункция 2-го типа (рестриктивная). Через 6 мес после родов при повторном обследовании по результатам ЭКГ-мониторирования аритмии не были зарегистрированы, и по данным ЭхоКГ диастолическая дисфункция не регистрировалась.

Выводы. Таким образом, у беременных женщин появление нарушений ритма по типу суправентрикулярной экстрасистолии и диастолической дисфункции 2-го типа (рестриктивной) является функциональным нарушением со стороны сердечно-сосудистой системы и не требует какого-либо дополнительного лечения.

Оценка факторов риска как ранняя диагностика ишемической болезни сердца на амбулаторно-поликлиническом этапе

Горбунова С.И., Джанибекова А.Р., Володихина А.А., Григорянц И.В., Журавлева И.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 3, Ставрополь,
Консультативно-диагностическая поликлиника, Изобильный*

Цель исследования – выявить распространенность основных ФР ИБС среди трудоспособного населения и оценить степень риска развития ИБС на этапе амбулаторно-поликлинического обследования.

Материалы и методы. Были изучены различные факторы сердечно-сосудистого риска у 87 пациентов в возрасте 25–56 лет, проходивших диспансеризацию, с отсутствием в анамнезе ИБС. Всем больным проводились: анкетирование (в анкете отмечались пол, возраст, курение, употребление алкоголя, жалобы и др.), тщательный клинический осмотр, антропометрические исследования (рост, масса тела), стандартное измерение АД, 2-кратное ЭКГ-исследование (до и после физической нагрузки в виде 20 приседаний), а также стандартное клинико-лабораторное исследование для выявления гиперхолестеринемии.

Результаты. По результатам исследований у 3 пациентов в возрасте 25–44 года (3,4 %) и 8 пациентов в возрасте 45–59 лет (9,2 %), ранее не предъявлявших каких-либо жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, была выявлена стабильная стенокардия напряжения I и II ФК. При этом у всех пациентов с выявленной ИБС, отмечалось сочетание 3 и более ФР, такие как курение, гиподинамия, мужской пол и ожирение.

Выводы. Таким образом, у 12,6 % пациентов выявлены традиционные ФР сердечно-сосудистой патологии, причем распространенность и сочетание 3 и более факторов достоверно чаще отмечено в возрастной группе 45–59 лет. Активный подход к выявлению ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц трудоспособного возраста в первичном звене

здравоохранения способствует раннему выявлению ишемической болезни сердца, разработке индивидуальных лечебных и профилактических рекомендаций.

Неинвазивная оценка изменений гемодинамики малого круга кровообращения у мужчин моложе 60 лет при инфарктах миокарда в начальные периоды заболевания

Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Рейза В.А.

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

Цель исследования – у мужчин моложе 60 лет оценить сезонные изменения параметров легочной гемодинамики и их зависимость в острый и подострый периоды ИМ от возраста, числа и глубины поражений. Материалы и методы. Изучены результаты стационарного лечения 487 мужчин моложе 60 лет (средний возраст – $50,3 \pm 0,8$ года) по поводу ИМ, проходивших стационарное лечение в период с 1997 по 2015 г. Пациенты разделены на группы в зависимости от возраста (до 45 лет – 100 человек, 46–60 лет – 387 человек), наличия ИМ в анамнезе (первичный ИМ – 274 пациента), глубины поражения (Q-ИМ – 225 человек), периодов года (осень – 99 человек; зима – 152; весна – 118; лето – 132). Параметры легочной гемодинамики оценивали при эхокардиографии в первые 48 ч и в конце 3-й недели заболевания. Среднее давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.) рассчитывали по А. Kitabatake. Общее легочное сопротивление (ОЛС, $\text{дин} \times \text{с} \times \text{см} - 5$) – по Ю.Н. Шишмареву.

Результаты. При оценке зависимости СДЛА от возраста и числа ИМ в группе моложе 45 лет выявлены тенденции более выраженных изменений в первые 48 ч заболевания при первичных ИМ ($32,9 \pm 1,8$ и $29,8 \pm 2,8$ соответственно), а в конце 3-й недели – при повторных ($27,2 \pm 1,0$ и $29,1 \pm 2,2$ соответственно). У больных 46–60 лет как в первые 48 ч ($32,2 \pm 1,1$ и $33,5 \pm 1,1$ соответственно), так и в конце 3-й недели заболевания изменения показателей оказались более выражены при повторных ИМ ($26,8 \pm 0,7$), в сравнении с первичными ($26,7 \pm 0,7$). Статистически значимых различий в зависимости от возраста и числа ИМ не получено. К концу 3-й недели заболевания СДЛА значимо уменьшалась во всех группах, за исключением мужчин моложе 45 лет с повторным ИМ, достигая во всех группах нормальных значений. ОЛС имело сходную динамику изменений от первых 48 ч к концу 3-й недели заболевания во всех группах ($p < 0,05$) за исключением мужчин 46–60 лет с повторным ИМ. К концу 3-й недели заболевания ОЛС ни в одной из групп не достигали нормальных значений. В конце 3-й недели заболевания уровни ОЛС в группе 46–60 лет с повторным ИМ ($410,3 \pm 21,4$) превышали аналогичные показатели при первичных ИМ ($339,8 \pm 13,4$, $p < 0,05$). При рассмотрении зависимостей СДЛА от глубины поражения получены более выраженные изменения показателей при Q-ИМ в группе мужчин 46–60 лет, чем при не-Q-ИМ в той же возрастной группе в исследовании первых 48 ч заболевания ($37,0 \pm 1,2$ и $28,5 \pm 0,9$ соответственно, $p < 0,05$). При повторном исследовании достоверных отличий не выявлено. Кроме того, выявлены более высокие уровни СДЛА в группе 46–60 лет в первые 48 ч заболевания ($37,0 \pm 1,2$) в сравнении с группой мужчин моложе 45 лет ($31,6 \pm 1,7$, $p < 0,05$). При рассмотрении зависимостей ОЛС от глубины поражения получена картина снижения значений, не достигая нормальных значений, от первых 48 ч к концу 3-й недели заболевания при non-Q-ИМ и их увеличения при Q-ИМ во всех группах пациентов. При оценке СДЛА в зависимости от периодов года значимых различий не выявлено. В первые 48 ч заболевания отмечено превышение СДЛА нормальных уровней во все периоды года. Наивысшие значения получены в весенний период ($34,8 \pm 1,7$). К

концу третьей недели заболевания наблюдалось значимое снижение СДЛА и ОЛС с нормализацией первого во всех случаях и с тенденцией к нормализации второго показателя. К концу 3-й недели заболевания максимальные значения СДЛА и ОЛС выявлены в летний период ($28,6 \pm 0,9$; $410,6 \pm 24,8$), а минимальные – зимой ($27,4 \pm 0,8$; $338,7 \pm 17,2$; $p < 0,05$), промежуточные – осенью ($28,1 \pm 0,9$; $360,2 \pm 18,7$) и весной ($26,8 \pm 0,8$; $371,3 \pm 24,3$).

Выводы. Во всех группах пациентов отмечается повышение СДЛА и ОЛС в первые часы заболевания с последующей нормализацией СДЛА и снижением, не достигая нормальных значений, ОЛС в большинстве изученных из них. Более выраженные нарушения гемодинамики малого круга кровообращения выявлены при Q-ИМ во всех возрастных группах. При повторных ИМ гемодинамика малого круга имеет более существенные изменения у мужчин 46–60 лет в конце 3-й недели заболевания. Отмечена тенденция к более выраженным изменениям СДЛА и ОЛС в первые 48 ч заболевания при первичных ИМ в группе моложе 45 лет и при повторных ИМ – в группе 46–60 лет. Сезонные отличия изученных показателей не существенны.

Распространенность личностного типа D среди студентов технических специальностей высших учебных заведений

Горшков-Кантакузен В.А., Григорьев А.А.

Папский Колледж св. Георгия (Российское Представительство), Гранд-Форкс, США

Развитие науки и техники выдвинуло потребность к мультидисциплинарному подходу, который призван стать основополагающим способом решения сложных мировых проблем в XXI в. (ЮНЕСКО, 1998). Данный подход применительно к медицине выдвигает на первый план трансляционную медицину, призванную сократить «пустыню» между наукой и клиникой. Цель работы – особое место занимают исследования, связанные с патологиями сердечно-сосудистой (СС) системы, так как в России, согласно статистике от СС заболеваний ежегодно умирает 500 тыс. человек, что составляет 55 % от общего числа умерших. При этом такой высокий показатель характерен только для некоторых стран Африки (ВОЗ, 2013). Основными причинами развития сердечно-сосудистых патологий являются гипертензия, табакокурение, дислипидемия. Вместе с тем психосоциальные факторы также вносят определенный вклад, причем для российских условий этот вклад особо существенен. Последние несколько лет имеется тенденция к активному изучению клинического значения дистрессорных черт личности, так называемого личностного типа D, который характеризуется склонностью к негативным эмоциям с одновременным подавлением их проявлений при социальном взаимодействии (Denollet J., 2013). В ряде исследований показано негативное влияние данного личностного типа на число сердечно-сосудистых (СС) событий и прогноз СС-заболеваний. В частности, было показано, что наличие личностного типа D является одним из механизмов неблагоприятного прогноза развития мультифокального атеросклероза у больных с ИБС (Корок Е.В., 2013). При этом статистически значимых различий между мужчинами и женщинами обнаружено не было. Среди возможных причин неблагоприятного влияния личностного типа D на прогноз заболеваний выдвигаются как психофизиологические (например, повышенная стресс-реактивность, изменения в метаболизме), так и поведенческие факторы, которые, впрочем, могут заметно отличаться в силу культурных особенностей. В связи с вышесказанным была изучена распространенность личностного типа D среди здоровых студентов-бакалавров технических ВУЗов.

Материалы и методы. Выявление личностного типа D проводилось по опроснику DS-14 (Denollet J., 2005). В целях уменьшения статистической ошибки были в случайном порядке отобраны студенты разных технических специальностей, не имеющие видимых психосоциальных нарушений поведения.

Результаты. Из 210 опрошенных студентов бакалавриата 18–24 лет (150 юноши и 60 девушек) личностный тип D был выявлен у 100 респондентов, то есть у 47,6 % опрошенных (40,0 % – юноши и 66,6 % – девушки).

Выводы. Такая высокая распространенность психологического дистресса среди студентов технических специальностей может говорить о сложности освоения технических наук и о высоком риске развития СС-событий. Кроме того, следует особо отметить, что личностный тип D чаще встречается среди девушек. Таким образом, студенты технических ВУЗов составляют группу повышенного риска и требуют более внимательного диспансерного обследования в целях ранней диагностики патологий СС-системы.

Скрытая артериальная гипертензия у мужчин в возрасте 40–49 лет и ее связь с сердечно-сосудистым риском

Григоричева Е.А., Бонждарева Ю.Л.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель исследования – выявить частоту скрытой АГ (САГ) и ассоциированный с ней сердечно-сосудистый риск среди практически здоровых мужчин в возрасте 40–49 лет с нормальным АД (НАД) и высоким нормальным АД (ВНАД).

Материалы и методы. Проведено одномоментное сплошное исследование 332 мужчин в возрасте 40–49 лет без признаков АГ по данным офисного измерения АД с разным уровнем АД. Проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), оценка ФР сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и поражения органов-мишеней (ПОМ).

Результаты. Распространенность САГ среди мужчин в возрасте 40–49 лет при сплошном исследовании составила 19 %, среди группы с ВНАД – 24 %, в группе с НАД – 13 %. У пациентов с ВНАД наличие признаков АГ по данным СМАД регистрируется у четверти пациентов и ассоциировано с наличием структурно-функциональных изменений в сердце (наличие гипертрофии левого желудочка, увеличение левого предсердия, нарушение систолической и диастолической функции по данным тканевой доплерографии), сосудах (увеличение толщины сосудистой стенки, нарушение релаксации плечевой артерии) и состояния почек. Распространенность ГЛЖ среди пациентов с нормальным уровнем АД составила 5 %, среди пациентов с высоким уровнем АД – в 4 раза больше – 21 % (χ^2 с поправкой на правдоподобие 4,46, $p < 0,05$). Частота увеличенной свыше 0,9 мм ТИМ составила в группе верифицированной АГ 27 %, при нормальном уровне АД – 10 % (χ^2 с поправкой на правдоподобие 4,46, $p < 0,05$). Таким образом, СМАД является методом стратификации риска и отбора пациентов на углубленное исследование именно в случае высокого нормального офисного уровня АД. У пациентов с нормальным уровнем офисного АД наличие признаков АГ в профиле СМАД ассоциировано с начальными проявлениями сердечно-сосудистого ремоделирования. Частота ГЛЖ и утолщения ТИМ не превышала статистической погрешности. Обнаруженные изменения в виде нарушенной функции миокарда и функции эндотелия не изменили ССР и тактику ведения пациентов. Таким образом, в этой группе пациентов СМАД не является методом стратификации риска и его проведение является явно избыточным.

Фенотипические маркеры синдрома соединительнотканной дисплазии и особенности поражения сердца и сосудов у пациентов кардиологического профиля

Григоричева Е.А., Чинарев В.А., Гафаров Д.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

Актуальность. Поражение сердца и сосудов при недифференцированном синдроме соединительнотканной дисплазии может протекать латентно либо со скудной клинической симптоматикой. Сердечно-сосудистые заболевания иной этиологии при наличии измененной сосудистой стенки могут менять клиническую картину заболевания – с появлением извитости внутренних сонных артерий, эктазии аорты, различных вариантов поражения аортальных клапанов. У пациентов можно предполагать наличие дисплазии соединительной ткани по наличию ее костно-скелетных и висцеральных маркеров.

Цель работы – оценить фенотипические и висцеральные маркеры дисплазии соединительной ткани у пациентов кардиологического профиля и их связь с поражением сонных артерий и аорты.

Материалы и методы. Обследованы 3 группы пациентов, сопоставимых по полу и возрасту, средний возраст обследованных составил $54,6 \pm 11,5$ года, 67 % мужчин, 33 % женщин. Первую группу составили 60 человек кардиологического отделения с диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения III ФК класс, 2-ю – 60 пациентов отделения сосудистой хирургии с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий. Группу контроля составили 60 здоровых, сопоставимых по полу и возрасту. Методами исследования явились: выявление маркеров соединительнотканной дисплазии (СТД) и Гентских критериев синдрома Марфана, балльная оценка костно-скелетных, кожных маркеров, а также маркеров поражения органа зрения; ЭхоКГ для выявления признаков аортального стеноза и аортальной недостаточности, эктазии аорты, кальциноза клапанного аппарата сердца, извитости и атеросклеротических изменениях в сонных артериях.

Результаты. Среди пациентов контрольной группы частота костно-скелетных маркеров СТД составила от 6 до 16 % (размах рук больше роста – 16 %, указательный палец больше безымянного – 14 %, плоскостопие – 14 %, халюс вальгус – 16 %, сандалевидная щель – 6 %, сколиоз – 6 %, деформация грудной клетки – 10 %). У пациентов с атеросклеротическим поражением сердца и сонных артерий достоверно чаще встречались сколиозы и деформации грудной клетки (размах рук больше роста – 16 %, указательный палец больше безымянного – 14 %, плоскостопие – 12 %, халюс вальгус – 14 %, сандалевидная щель – 6 %, сколиоз – 24 %, деформация грудной клетки – 30 %), что предполагает дополнительный фактор риска ССЗ у пациентов с СТД в виде пространственного несоответствия сердца и грудной клетки. Пациенты с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий отличались наличием висцеральных маркеров СТД, а именно наличием грыж и варикозно расширенных вен и симптомов со стороны органа зрения. Наиболее частыми маркерами пациентов отделения сосудистого профиля явились варикозная болезнь нижних конечностей, геморрой, плоскостопие, миопия, реже регистрировались аркавидное небо с окучиванием зубов, деформация черепа и грудной клетки, сандалевидная щель. С поражением аортального клапана ассоциировались различные формы поражения грудной клетки (воронкообразная и килевидная грудная клетка, сколиозы) и наличие деформации стопы ($r = 0,28-0,39$). Соотношение длины рук к длине тела является риском развития эктазии аорты. Плоскостопие, сандалевидная щель на стопе, деформации грудной

клетки увеличивают риск и тяжесть аортальной недостаточности. Извитость внутренних сонных артерий ассоциирована с деформациями стопы ($r = 0,34$). Пациенты с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий отличались наличием висцеральных маркеров СТД, а именно наличием грыж и варикозно расширенных вен ($r = 0,31$) и симптомов со стороны органа зрения ($r = 32$), что предполагает дополнительный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СТД в виде пространственного несоответствия сердца и грудной клетки.

Выводы. 1. У пациентов с фенотипическими маркерами СТД достоверно чаще наблюдаются явления поражения аорты с формированием эктазии аорты, стеноза и недостаточности аортального клапана. 2. В группе пациентов кардиологического профиля повышается значимость нарушений осанки и висцеральных проявлений синдрома. 3. Пациенты с имеющимся сколиозом и плоскостопием составляют группу риска по развитию извитостей внутренней сонной артерии, с наличием грыж, варикозной болезни и поражения глаз.

Опыт применения циклоспорина в терапии гломерулонефритов

Григорьева Е.В., Волошинова Е.В., Петрова Н.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница, Саратов

Цель исследования – оценить эффективность применения циклоспорина у пациентов с различными формами хронического гломерулонефрита, сроки достижения и стойкость ремиссии, частоту рецидивов нефрита, развитие осложнений на фоне приема циклоспорина и их обратимость. Материалы и методы. В отделении нефрологии ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова наблюдается 31 пациент с хроническим гломерулонефритом, которым в качестве одного из компонентов иммуносупрессивной терапии был назначен циклоспорин. Из них 11 мужчин и 20 женщин, средний возраст – $38,1 \pm 11,6$ года (от 20 до 68 лет). Морфологическая верификация диагноза выполнялась у 25 пациентов: 9 – мембранозная нефропатия, 4 – фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС), 2 – минимальные изменения, 6 – мезангиопролиферативный гломерулонефрит (МПГН), 1 – мезангиокапиллярный гломерулонефрит (МКГН), 1 – экстракапиллярный гломерулонефрит, 2 – волчаночный нефрит III класса. В дебюте заболевания у всех пациентов был выявлен нефротический синдром, у 11 в сочетании с АГ, у 5 отмечалось повышение уровня креатинина до 155 мкмоль/л максимально. Длительность заболевания – от 10 мес до 20 лет. Всем пациентам циклоспорин был назначен в связи с неэффективностью предшествующей терапии, 10 пациентам исходно назначалась монотерапия глюкокортикоидами, 13 – комбинация глюкокортикоидов с циклофосфаном, 3 – комбинация глюкокортикоидов с микофенолатом мофетила, 1 – комбинация глюкокортикоидов с хлорамбуцилом, у 4 было несколько схем иммуносупрессии. Длительность приема циклоспорина – от 2 до 168 мес (14 лет). Суточная доза препарата рассчитывалась согласно принятым схемам назначения циклоспорина при нефритах. Всем пациентам циклоспорин назначался в комбинации с глюкокортикоидами. При достижении ремиссии все пациенты были переведены на монотерапию циклоспорином.

Результаты. Ремиссия в течение нефрита была достигнута у 23 пациентов, у 4 пациентов сохраняются признаки активности заболевания, 2 пациентам начата заместительная почечная терапия программным гемодиализом, судьба 2 пациентов не известна. Длительность ремиссии – от 6 до 108 мес. До назначения циклоспорина у большинства пациентов отмечались

частые рецидивы нефрита. На фоне назначения циклоспорина у 14 пациентов сохраняется стойкая ремиссия в течение нефрита (4 – мембранозная нефропатия, 1 – ФСГС, 1 – МКГН, 1 – экстракапиллярный гломерулонефрит, 4 – морфологическая верификация отсутствует), у 9 пациентов отмечалось развитие обострения заболевания на фоне прекращения приема препарата спустя год после констатации ремиссии. При возобновлении терапии циклоспорином отмечалось купирование обострения у 8 больных. В дальнейшем 5 пациентов в связи с невозможностью приобрести препарат были переведены на азатиоприн. Наиболее частые осложнения, возникшие на фоне приема препарата: АГ – 7 пациентов, гиперплазия десен – 5, гиперурикемия – 8, нарушение функции почек – 6 (у 1 пациента обратимый дозозависимый характер), задержка физического развития – 4 (препарат был назначен в детском возрасте), у 2 отмечалось развитие стоматита, у 2 – нарушение оварийно-менструального цикла, у 4 – сахарный диабет. Большинство побочных эффектов не носили жизнеугрожающий характер и купировались коррекцией дозы циклоспорина либо назначением вспомогательных препаратов (гипотензивных, ингибиторов синтеза мочевой кислоты, препаратов инсулина).

Выводы. Во всех случаях циклоспорин был назначен в связи с неэффективностью предшествующей иммуносупрессивной терапии. У большинства пациентов (85,7 %) была достигнута ремиссия в течение нефрита. Развитие рецидива заболевания было отмечено только при попытке отмены препарата. Побочные эффекты наиболее выражены при назначении препарата с детского возраста. Большинство из них не представляли угрозу для жизни пациентов и были скорректированы в ходе лечения. По данным наших наблюдений можно сделать заключение: назначение циклоспорина в большинстве случаев было эффективным, сопряжено с умеренным риском развития побочных эффектов, также, возможно, следует избегать полной отмены препарата в целях предотвращения развития обострений гломерулонефрита.

Выбор оптимальной антигипертензивной терапии у больного с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких

Григорьева Н.Ю., Кузнецов А.Н., Королева М.Е., Самолук М.О., Вилкова О.Е., Королева Т.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Цель работы – сравнить клиническую эффективность блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) азилсартана медоксомила и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) фозиноприла у больных АГ в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Материалы и методы. В открытое исследование включены 49 больных гипертонической болезнью I и II степени с сопутствующей ХОБЛ. Исходно все пациенты получали терапию диуретиком гидрохлоротиазидом в дозе 12,5 мг в сутки и различными иАПФ, однако целевые уровни АД не были достигнуты, поэтому эти иАПФ у всех пациентов были отменены. Методом закрытых конвертов пациенты разделены на 2 группы. В качестве основного антигипертензивного препарата больным группы 1 назначен БРА азилсартана медоксомил (Эдарби, Такеда, Япония), группы 2 – ингибитор АПФ фозиноприл (Моноприл, ООО «ВАЛЕАНТ», Россия). Всем больным исходно и через 4 нед лечения проведено суточное мониторирование АД (СМАД), исследование функции внешнего дыхания (ФВД), пикфлоуметрия, измерение среднего давления в легочной артерии

(СрДЛА), а также изучена эндотелиальная функция инструментальными и лабораторными методами.

Результаты. Через 4 недели лечения азилсартана медоксомилом у 20 больных (87 %) удалось достичь целевого уровня АД (меньше 140/90 мм рт.ст.). Суточное мониторирование АД показало достоверное снижение вариабельности как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД). По данным эходоплеркардиографии (ЭХОДПКГ) у 16 пациентов (70 %) наблюдалось уменьшение СрДЛА. В результате лечения наблюдалось достоверное улучшение эндотелиальной функции (ЭЗВД увеличилась до $9,5 \pm 1,7\%$). При пикфлоуметрии и исследовании ФВД у больных не зафиксировано достоверного изменения пиковой скорости выдоха (ПСВ) и ОФВ1, хотя наблюдалась положительная тенденция к увеличению ОФВ1. Через 4 нед лечения фозиноприлом у 22 больных (85 %) удалось достичь целевого уровня АД (меньше 140/90 мм рт.ст.). Суточное мониторирование АД показало достоверное снижение вариабельности САД и ДАД. У 15 пациентов (58 %) наблюдалось уменьшение СрДЛА. Выявлено незначительное улучшение функции эндотелия. Изменений со стороны бронхолегочной системы (ОФВ1 и ПСВ) при лечении фозиноприлом выявлено не было.

Заключение. У больных АГ с сопутствующей ХОБЛ легкой и средней степени тяжести использование в качестве основного антигипертензивного средства как БРА азилсартана медоксомила, так и иАПФ фозиноприла, позволяет добиться быстрого и оптимального контроля АД, а также благотворно повлиять на легочную гемодинамику и функцию эндотелия. Однако при сопоставимом влиянии этих 2 классов лекарственных препаратов на уровень АД, БРА азилсартана медоксомил в большей степени оказывает положительное влияние на профиль АД у пациентов, чем фозиноприл, а также более значимо влияет на функцию эндотелия и легочную гемодинамику.

Особенности микрофлоры кишечника больных при системных проявлениях ревматоидного артрита

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

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Ревматоидный артрит (РА) часто сопровождается различными внесуставными проявлениями. Так, в течение 11,8 года существования РА у 42,7 % пациентов развиваются внесуставные проявления (Turesson С., 2008). Среди факторов окружающей среды, участвующих в патогенезе РА, могут быть нарушения микробиоты, некоторые специфические бактериальные, вирусные инфекционные агенты и их компоненты (Branimir A., 2014).

Цель работы – изучение особенностей микрофлоры толстого кишечника у больных при развитии внесуставных проявлений РА.

Материалы и методы. Проведено бактериологическое обследование 70 больных РА. Определяли количество представителей микрофлоры кишечника в КОЕ/г испражнений и частоту выделения отдельных видов микроорганизмов. Диагноз РА соответствовал классификационным критериям ACR для РА (1992). Среди обследованных больных РА преобладали женщины (соотношение 1:7,7). Средний возраст больных составил $59,89 \pm 12,06$ года. Средний возраст начала заболевания – $43,89 \pm 7,15$ года. Средняя продолжительность болезни составила $12,14 \pm 11,22$ года. Средний индекс активности DAS 28 составил $4,17 \pm 0,83$ балла. Внесуставные проявления имели 28 пациентов (40 %). Среди внесуставных проявлений выявлялись: ревматоидные узелки, нейропатия, кожный васкулит, поражение легких.

Результаты. Сравнительное изучение микрофлоры толстого кишечника у больных РА показало, что наличие системных проявлений сопровождалось более частым выявлением в кишечнике стафилококков, включая золотистый стафилококк, и микроорганизмов, обладающих гемолитической активностью ($p < 0,05$). У больных РА с системными проявлениями бактериоиды определялись в более низком титре, а энтерококки и клостридии были выявлены в большем количестве ($p < 0,05$). Количество лактобактерий определялось в пределах $Ig 6,12 \pm 0,88$ КОЕ/г при их титре $Ig 7,24 \pm 0,87$ КОЕ/г у больных РА без системных проявлений заболевания ($p < 0,01$). При РА с системными проявлениями отмечалось большее количество условно-патогенных энтеробактерий (родов *Proteus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Morganella*), уровень которых определялся в пределах $Ig 5,64 \pm 0,83$ КОЕ/г. В то время как у больных РА без системных проявлений их значения были равны $Ig 4,82 \pm 0,86$ КОЕ/г ($p < 0,05$). При РА с системными проявлениями особенности биоценоза микрофлоры кишечника характеризовались принадлежностью к доминирующим видам кишечных палочек с измененной ферментативной активностью, стафилококков, *S. aureus* и грибов рода *Candida*. У больных РА при наличии системных проявлений микробиологические нарушения микрофлоры кишечника возникали в 100 % случаев. У больных при отсутствии системных проявлений не наблюдалось нарушений микрофлоры толстого кишечника в 14,29 % случаев ($p < 0,05$). Таким образом, особенности микрофлоры толстого кишечника больных при системных проявлениях РА характеризовались развитием микробиологических нарушений микрофлоры, более частым обнаружением условно-патогенных микроорганизмов и меньшим титром типичных представителей микробиоценоза: лактобактерий и бактериоидов. Условно-патогенные энтеробактерии за счет выделения эндотоксина могут снижать активность TLR4 и барьерную функцию слизистой кишечника (Natividad J.M., 2013). Повышение проницаемости слизистой оболочки кишечника сопровождается повышением уровня ЛПС в плазме и может приводить к развитию метаболической эндотоксемии (Geurts L., 2014). Высокий уровень условно-патогенных микроорганизмов можно рассматривать в качестве ФР развития инфекционных осложнений и поддержания хронического воспаления при системных проявлениях РА.

Выводы. 1. Системные проявления РА сопровождаются развитием микробиологических нарушений микробиоты. 2. Особенности микрофлоры толстого кишечника больных при системных проявлениях РА характеризуются выраженным нарушением ее количественного и качественного состава, более низким титром резидентных микроорганизмов и большим количеством условно-патогенных бактерий.

Распространенность хронической болезни почек у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких и их комбинациями

Гурмач М.А., Чижов П.А.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является актуальной медико-социальной проблемой вследствие значительного роста ее распространенности.

Цель работы – исследовать скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и распространенность ХБП у больных терапевтического отделения с разными соматическими заболеваниями: ИБС, сахарным диабетом (СД),

хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и их комбинациями. Материалы и методы. Проведено обследование 209 пациентов, средний возраст $62,0 \pm 17,7$ года (60 мужчин и 149 женщин (возраст $63,7 \pm 17,04$ и $57,3 \pm 18,9$ года соответственно)), имеющих разные соматические заболевания. У 38,3 % пациентов имела место изолированная ГБ, у 26,3 % – сочетание ГБ и ИБС, у 12,4 % – сочетание ГБ с ИБС и СД, у 7,7 % – комбинация ГБ с СД, у 3,8 % ГБ с ХОБЛ, у 2,9 % – изолированная ХОБЛ, у 2,9 % – СД, у 2,9 % – ГБ + ИБС + ХОБЛ, у 2,9 % – ГБ + ИБС + ХОБЛ + СД. Расчет СКФ проводился по формуле MDRD. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 8.0 (StatSoft. Inc., США).

Результаты. Исследование показало, что у пациентов с изолированной ГБ достоверно выше СКФ по сравнению с пациентами с ГБ в сочетании с ИБС и СД ($63,7 \pm 2,9$ против $50,2 \pm 2,99$, $p = 0,012$). При сравнении СКФ в группах с изолированной ГБ ($63,7 \pm 2,9$) и ГБ + ИБС ($58,45 \pm 8,7$), изолированной ГБ и ГБ + ХОБЛ ($68,0 \pm 9,0$), изолированным СД ($87,5 \pm 9,6$) достоверных различий выявлено не было ($p \geq 0,05$). Не выявлено достоверных различий и при анализе СКФ в группах ГБ + ИБС и ГБ + ИБС + СД ($58,4 \pm 2,7$ против $50,2 \pm 2,9$, $p \geq 0,05$). Анализ СКФ у пациентов в группах с СД показал, что у лиц с изолированным СД СКФ имеет тенденцию быть выше по сравнению с обследованными с СД + ГБ ($87,5 \pm 9,6$ против $64,2 \pm 4,9$, $p = 0,08$) и достоверно выше, чем у пациентов с СД + ГБ + ИБС ($87,5 \pm 9,6$ против $50,2 \pm 2,99$, $p = 0,021$). При сравнении СКФ в группах с изолированным СД и СД + ИБС достоверных различий выявлено не было ($87,5 \pm 9,6$ против $74,0 \pm 9,3$, $p \geq 0,05$). Помимо этого, СКФ у пациентов в группе с СД + ИБС + ГБ ($50,2 \pm 2,99$) была достоверно ниже, чем у лиц с СД + ГБ ($64,2 \pm 4,9$, $p = 0,016$) и СД + ИБС ($74,0 \pm 9,3$, $p = 0,04$). Кроме того, установлено, что у пациентов с изолированным СД ($87,5 \pm 9,6$) СКФ достоверно выше по сравнению с обследованными с изолированной ГБ ($63,7 \pm 2,9$, $p < 0,05$), с ГБ в комбинации с ИБС ($58,45 \pm 2,7$, $p < 0,05$). У обследованных с изолированной ХОБЛ СКФ ($77,0 \pm 11,2$) не имеет достоверных отличий ($p \geq 0,05$) в сравнении с лицами с ГБ + ХОБЛ ($70,8 \pm 2,8$), с ГБ + ХОБЛ + ИБС ($74,0 \pm 5,2$). Аналогичные данные получены при сопоставлении СКФ в группах ГБ + ХОБЛ и ГБ + ИБС + ХОБЛ ($70,8 \pm 2,8$ против $74,0 \pm 5,2$, $p \geq 0,05$), ГБ + ИБС + ХОБЛ и ХОБЛ + ГБ + ИБС + СД ($74,0 \pm 5,2$ против $76,3 \pm 3,6$, $p \geq 0,05$). СКФ достоверно ниже у обследованных с изолированной ГБ, ГБ в сочетании с ИБС, ГБ в комбинации с ИБС и СД по сравнению с лицами, имеющими изолированную ХОБЛ. У обследованных с ГБ в комбинации с ИБС и СД СКФ достоверно ниже по сравнению с лицами с ГБ в сочетании с ХОБЛ ($50,2 \pm 2,99$ против $68,0 \pm 9,09$, $p = 0,025$) и достоверно ниже по сравнению с пациентами с ГБ + ИБС + ХОБЛ ($50,2 \pm 2,99$ против $69,8 \pm 7,0$, $p = 0,015$). Установлено, что у обследованных с ГБ III степени (по группе в целом) СКФ достоверно ниже по сравнению с пациентами со II степенью ГБ ($53,09 \pm 18,48$ против $66,75 \pm 23,3$, $p < 0,05$). Анализ полученных данных показал, что ХБП со СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдается у мужчин по сравнению с женщинами ($75,1$ % против $46,3$ %). Уровень креатинина у мужчин достоверно выше, чем у женщин ($p = 0,02$, $109,0 \pm 41,8$ против $91,07 \pm 28,3$). При проведении корреляционного анализа были выявлены отрицательные взаимосвязи величины СКФ с возрастом и длительностью ГБ ($r = 0,38$ и $r = 0,45$ соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. 1. СКФ при ГБ, ИБС, СД, ХОБЛ и их различных комбинациях может быть нарушена в разной степени. 2. У пациентов с ГБ в комбинации с ИБС и СД СКФ достоверно ниже по сравнению с обследованными с изолированной ГБ, изолированным СД, изолированной ХОБЛ, комбинации ГБ и ХОБЛ, комбинации ГБ, ИБС и ХОБЛ. 3. У обследованных с ХОБЛ СКФ выше по сравнению с пациентами с ГБ, ГБ в сочетании с ИБС. 4. При ГБ III степени СКФ достоверно ниже, чем при II степени. 5. При ГБ имеют место отрицательные корреляции СКФ и возрастом, длительностью ГБ.

Ремоделирование сонных артерий и функциональные нарушения внутрисердечной гемодинамики в клинике манифестации мультифокального атеросклероза

Давлетшин Р.А., Хасанов А.Х., Карамова И.М., Кузьмина З.С., Нифталиева О.М., Гуфранова Р.Г., Мехдиев Д.И., Какаулина Л.Н.

Башкирский Государственный медицинский университет, Больница скорой медицинской помощи, Уфа

Коморбидная патология диагностируется в 78,6 % случаев у пациентов в возрасте старше 65 лет. Нозологии, составляющие коморбидность, включают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе АГ и различные формы ИБС, соответственно в 80 и 79 % наблюдений.

Цель работы – выявить особенности ремоделирования сонных артерий и дисфункции внутрисердечной гемодинамики у больных с мультифокальным атеросклерозом (МФА).

Материалы и методы. Обследованы 594 пациента: 288 – с клинической манифестацией атеросклеротического поражения сердца (1-я группа), 192 – сосудов головного мозга (2-я группа), 114 – сосудов нижних конечностей (3-я группа). У всех больных проводили оценку клинического состояния, ЭКГ, эходоплерокардиографию, эходоплерографию магистральных брахиоцефальных артерий.

Результаты и обсуждение. Большинство обследуемых составляли женщины: в 1-й группе – 54,2 %, во 2-й – 59,4 %, в 3-й – 68,4 %. Средний возраст пациентов 1-й группы составил 58,65 ± 11,67 года, 2-й – 59,06 ± 13,31, 3-й – 66,11 ± 9,28 (р3-1 < 0,05). АГ III степени в 1-й группе установлена в 93,8 %, во 2-й – в 65,6 % (р1-2 < 0,01). Инфаркт миокарда в анамнезе в 1-й группе составил 54,2 %, в 3-й – 15,8 % (р1-3 < 0,01). Перенесенный ранее инсульт выявлялся у пациентов 2-й группы в 50 % случаев, у больных 3-й – в 10,5 %, у 1-й – в 8,3 % (р2-1, р2-3 < 0,01). Перемежающая хромота выявлена у пациентов 3-й группы в 78,9 %, 2-й – в 40,6 % и 1-й – в 33,3 % (р3-2, р3-1 < 0,01). По данным доплероскопии (ДС) сонных артерий (СА) средняя степень стеноза общей сонной артерии (ОСА) преобладала у больных 1-й и 3-й групп – (26,25 ± 16,43 % и 23,16 ± 19,49 % справа) и (18,75 ± 13,19 %; 20,02 ± 18,36 % слева), что свидетельствовало о тенденции к большей выраженности поражения ОСА в этих группах в сравнении со 2-й группой (р < 0,05), где стеноз ОСА более значим справа. Значения толщины комплекса интима/медиа (ТКИМ) также коррелировали с показателями средней степени стеноза ОСА справа и слева (r = 0,64). Вместе с тем менее значимое стенозирование артериального русла было в левой ОСА у больных 2-й группы и составило в среднем 11,88 ± 18,41 %. А максимальная степень стеноза 65 % наблюдалась у больных с 3-й группы, в которой 73,68 % из них имеют степень >30 % в бассейне правой ОСА и 47,36 % – в бассейне левой ОСА (р < 0,01). Стенозирующее поражение СА среди больных 2-й группы выявляли реже, и значимость стенозов была ниже. Однако у 25 % исследуемых выявили увеличение ТКИМ СА 1,3 мм и более, что расценивали как признак атеросклеротического поражения. Проведенная ЭхоКГ показала, что у пациентов 1-й группы средняя фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) составила 58,33 ± 6,52 %, 2-й группы – 60,41 ± 5,41 %, 3-й – 58,89 ± 4,41. Это расценено как состояние относительно сохранной сократительной способности миокарда и инотропной функции сердца. У больных 3-й группы размеры правых и левых отделов сердца в относительных показателях оказались больше, чем в 1-й и 2-й группах (дилатация – 48 (42,1 %); дилатация ЛЖ – 18 (15,8 %). Наблюдалось незначительное увеличение размеров левого предсердия у больных 1-й группы (47,43 ± 6,97 мм), что косвенно свидетельствует о повышении давления наполнения и снижении сократительной функции ЛЖ. У больных 3-й группы отмечалось увеличение конечно-

диастолического размера (5,21 ± 0,43 см) и конечно-систолического размера (3,49 ± 0,41 см) ЛЖ. Соответственно увеличивался остаточный объем ЛЖ в фазу диастолы, преимущественно у обследованной 3-й группы (диастолическая дисфункция 1-го типа – 90 (78,9 % (р3-1, 3-2 < 0,01); диастолическая дисфункция 2-го типа – 66 (57,9 %) (р3-1, 3-2 < 0,01). У пациентов 3-й группы определялось относительное увеличение размеров отверстия клапана аорты (38,32 ± 2,58 мм) и диаметр восходящей аорты (38,95 ± 2,88 мм), что также свидетельствует об умеренно выраженной диастолической дисфункции.

Выводы. Выраженность и частота диастолической дисфункции сердца, сопряжены с развитием ремоделирования ОСА. У больных клинической манифестацией атеросклеротического сосудов нижних конечностей дилатация правых и левых отделов сердца более выражена.

Риск развития угрожающих состояний при лечении гипертонической болезни и изолированной систолической артериальной гипертонии

Дегтярев В.А.

Новые восточно-европейские технологии, Москва

По данным ВОЗ в мире насчитывается более 1 млрд 256 млн человек с высоким АД. При этом в Глобальном резюме ВОЗ по гипертонии, опубликованном в 2013 г., не разделяются гипертоническая болезнь (ГБ) и изолированная систолическая артериальная гипертония (ИСАГ). Цель нашего исследования состоит в том, чтобы показать, что ГБ и ИСАГ имеют четкие дифференциальные признаки и, будучи разными по этиологии и патогенезу, не могут лечиться одинаково.

Материалы и методы. АД измерялось методами объемной компрессионной осциллометрии (ОКО), отличительной особенностью которой является высокая точность, и аускультативным методом (АМ), ошибки измерения при котором достигают десятков мм рт.ст. В обследование не включались лица, имеющие выраженную аритмию, тахикардию, высокую лабильность давления; противопоказания для частых измерений АД; потребность в приеме лекарственных средств быстрого и короткого действия. Определение АД по АМ выполнялось квалифицированным медицинским персоналом без нарушений остроты слуха, получившим сертификат на проведение измерений.

Результаты. В процессе многоцентровых исследований с участием 9 ведущих медицинских клиник Москвы, Московской области и Республики Татарстан обследованы 564 больных ГБ и ИСАГ. Представленные ниже данные, полученные при измерении АД по ОКО, дают представление о том, что происходит в повседневной практике в лечебных учреждениях, когда всех лечат одинаково, как больных ГБ, а при назначении терапии врачи руководствуются данными измерения АД по АМ. Диагнозы ГБ I, II и III степеней при измерении АД по ОКО подтвердились только у 3, 6 и 10 % обследованных соответственно. У 69 % больных с диагнозом ГБ I степени АД было оптимальным, нормальным или высоким нормальным; 28 % из них были больны ИСАГ. Ни те, ни другие в снижении АД не нуждались, но их лечили. Им снижали АД. У больных ГБ II степени в 47 % случаев АД также было оптимальным, нормальным или высоким нормальным. В 23 % у них был ИСАГ, в 24 % – ГБ I степени. Они также в снижении АД не нуждались. По данным ОКО у 10 % больных ГБ III степени АД в действительности было нормальным или высоким нормальным, у 20 % АД соответствовало ИСАГ. В 70 % случаев диагностировались ГБ I и II степеней. Таким образом, и этим больным также нужна была коррекция лечения или его отмена. Для больных ИСАГ характерны низкие диастолическое АД и периферическое сопротивление сосудов. Высокое систолическое АД у них регистрируется

только по АМ. Они были более уязвимы, так как при ИСАГ I степени только оптимальное АД отмечалось у 61 % обследованных, при ИСАГ II степени – у 52 % обследованных. И даже у больных с III степенью ИСАГ в 58 % АД было оптимальным или нормальным. Результатом ошибочно назначаемой им терапии и измерения АД по АМ стало снижение АД до несовместимых с жизнью величин. При ГБ в наибольшей степени пострадали больные ГБ I и II степеней, которым снижение АД также было противопоказано.

Выводы. Одинаковый подход к лечению разных по этиологии и патогенезу ГБ и ИСАГ с использованием во врачебной практике для измерения АД АМ представляют угрозу для здоровья и жизни больных.

Риск развития угрожающих состояний при целевом снижении артериального давления у больных сахарным диабетом

Дегтярев В.А.

Новые восточно-европейские технологии, Москва

Сочетание сахарного диабета (СД) и АГкратно увеличивает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому идет непрерывный поиск оптимальной величины снижения АД, обеспечивающей наилучшие результаты их профилактики. Американское терапевтическое общество считает, что целевое систолическое АД (АДс) должно быть меньше 135 мм рт.ст. В Европе и России установлен целевой уровень АДс – 130 мм рт.ст. и ниже. Ряд авторов отдают предпочтение более низким величинам АДс. Особое внимание уделяется снижению диастолического давления (АДд). Между тем, ошибки при измерении АД аускультативным методом (АМ) достигают десятков миллиметров ртутного столба, и этот вопрос требует обсуждения.

Цель работы – исследование риска развития угрожающих состояний у больных СД при измерении АД АМ.

Материалы и методы. Были проведены многоцентровые исследования с участием 9 ведущих медицинских центров страны. Измерение АД производилось по АМ и объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) у больных СД 2-го типа.

Результаты. Были обследованы 44 больных СД (27 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 43 до 71 года (средний возраст – 61,5 года). У 2 больных с АД по АМ, равным 212/108 мм рт.ст., по ОКО оно равнялось 167/72 мм рт.ст. У 2 больных соотношения были 194/85 и 149/71 мм рт.ст.; у 4 – 189/83 и 151/79 мм рт.ст.; у 4 – 161/75 и 125/65 мм рт.ст.; у 4 – 151/84 и 137/71 мм рт.ст.; у 9 – 142/80 и 133/67 мм рт.ст.; у 9 – 134/77 и 112/68 мм рт.ст.; у 5 – 126/75 и 112/72 мм рт.ст.; у 2 – 118/76 и 115/70 мм рт.ст.; у 2 – 108/80 и 88/63 мм рт.ст.

Обсуждение. В свете полученных данных в поиске целевых значений АД у больных СД все надо начинать с чистого листа. Учитывая крайний риск развития угрожающих состояний у больных СД, это следует делать незамедлительно. Очень тревожно выглядят результаты их обследования. Только у 30 % больных АД соответствовало общепринятым целевым значениям. У 41 % при измерении по ОКО АД было на уровне 112/72–75 мм рт.ст. и ниже; у 2 больных (4,5 %) – на уровне 108/80 и 88/63 мм рт.ст. В этих случаях риск развития ИМ, инсульта головного мозга и смертельных исходов был максимальным. К сожалению, мысль о непригодности звукового метода для определения АД пробивается с большим трудом. Между тем, по ОКО АД измеряется непосредственно в плечевой артерии, так как пульсации более мелких артерий – метартериол, артериол и концевых артерий – подавляются при наборе давления в манжете.

Выводы. Целевые значения АД у больных СД базируются на данных АМ, ошибки измерения на котором достигают десятков миллиметров ртутного столба. Крайний риск развития угрожающих состояний у этих больных требует незамедлительного проведения исследований, направленных на разработку целевых уровней АД на основе объемной компрессионной осциллометрии.

Клинико-морфологическая и патогенетическая характеристика хронического эзофагита при хроническом гастрите и принципы его лечения

Джулай Г.С., Секарева Е.В.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Цель работы – выяснить клинико-морфологические особенности хронического эзофагита (ХЭ), ассоциированного с хроническим гастритом и патогенетическое значение нарушений вегетативной регуляции в формировании вариантов ХЭ, на основании чего разработать принципы рационального лечения.

Материалы и методы. Обследованы 160 пациентов с эндоскопически различимым рефлюкс-эзофагитом (РЭ) разной степени выраженности в возрасте от 20 до 64 лет. У 101 больного ХЭ был обусловлен гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР), у 59 – дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР). У всех пациентов были детализированы клинические проявления заболевания, тип рефлюкса диагностирован по результатам проведения рН-метрии, моторика гастродуоденальной зоны изучена методом гастроэнтерографии (Гастроскан-ГЭМ), вегетативный статус на надсегментарном и сегментарном уровнях оценен по критериям А.М. Вейна.

Результаты. Гистологическая картина ХЭ характеризовалась преобладанием в многослойном плоском неороговевающем эпителии дистрофических изменений над воспалительными и проявлялась его значительным неравномерным утолщением, паракератозом, гидропической дистрофией кератоцитов, акантозом. В подслизистом слое выявлялся венозный застой, периваскулярный отек, микрогематомы, клеточная инфильтрация. В клинике ХЭ преобладал классический рефлюксный синдром. У пациентов с ГЭР он был представлен изжогой (92,3 % наблюдений), кислой отрыжкой и регургитацией (47,9 %), провоцировался приемом кислой пищи, алкоголя и поструральными факторами. У больных с ДГЭР изжога, выявляемая в 87,0 %, отличалась упорством, требовала приема нескольких средств для ее купирования и была тесно ассоциирована с билиарной диспепсией – горькой отрыжкой (73,9 % пациентов), стойким горьким привкусом (76,0 %), возникала после приема высококалорийной пищи. Независимо от типа рефлюкса дисфагия, одинофагия (17,5 %) и ретростернальные боли (23,0 %) выявлялись только у больных с эрозивным РЭ. Внепищеводные проявления заболевания имели место в 34,6 % случаев при наличии ГЭР и в 39,1 % – при ДГЭР. В структуре внепищеводных проявлений у больных с ГЭР доминировало поражение ЛОР-органов. При ДГЭР в 61,1 % случаев преобладали бронхолегочные проявления. Рефлюксные поражения зубной эмали, жжение языка обнаружены у 14,8 % при ГЭР и у 22,2 % при ДГЭР. Кардиальные внепищеводные проявления встречались реже – в 11,1 % при ГЭР и в 5,6 % при ДГЭР. Изучение моторно-эвакуаторной функции выявило у лиц с ГЭР умеренно выраженный гастростаз с нарушением антродуоденальной пропульсии, а с ДГЭР – гастростаз сочетался с дуоденальным гиперкинезом и дискоординацией как антродуоденальной, так и дуоденоюнональной пропульсии. У 70 % больных ХЭ обнаружены признаки вегетативной дистонии. При ГЭР

вегетативные кризы чаще носили симпатoadреналовый характер с типичной вегетативной симптоматикой, при ДГЭР чаще протекали по вагоинсулярному типу с атипичными эмоционально-аффективными феноменами. У больных с ГЭР преобладала смешанная направленность общего вегетативного тонуса (ОВТ), в системе органов пищеварения – симпатикотония, вегетативные реакции имели симпатическую направленность, сегментарные вегетативные расстройства регистрировались на уровне сегментарной иннервации пищевода и желудка. Течение ХЭ с ДГЭР сопровождалось более сложным вегетативным дисбалансом, когда доминирующей симпатикотонии ОВТ соответствовала парасимпатикотония в системе органов пищеварения, вегетативные реакции нормальные или симпатические, сегментарные расстройства определялись в зоне иннервации желудка и желчевыводящих путей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об участии нарушений вегетативной нервной регуляции в формировании клинико-патогенетических вариантов ХЭ, что необходимо учитывать при назначении лечения. Для пациентов с ХЭ при ГЭР рационально использовать воздействие на механизмы кислотной агрессии в сочетании с прокинетики с антихолинэстеразной активностью, для коррекции психовегетативного дисбаланса – антидепрессанты без холинолитического эффекта. Для больных ХЭ с ДГЭР наряду с антисекреторными препаратами необходимо добавлять холеретики, препараты, сорбирующие желчь, урсодезоксихолевую кислоту, прокинетики с холинэргической активностью, вегетокорректирующую терапию с использованием физиотерапевтических методов, иглорефлексотерапии, антидепрессанты с холинэргическим эффектом.

Особенности хронического эзофагита, ассоциированного с патологией билиарной системы и дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом

Джулай Т.Е., Зябрева И.А., Джулай Г.С.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ассоциированная с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭРБ-ДГЭР), до настоящего времени является наименее изученным вариантом заболевания с клинической и патогенетической точки зрения. В частности, недостаточно изучено течение рефлюкс-эзофагита как ее клинико-эндоскопического проявления, при котором назначение лечения преимущественно на основе кислотосупрессии не достаточно эффективно. Развитие же пищевода Барретта, предракового состояния пищевода, ассоциировано, прежде всего, с патологическим дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР), что делает данный тип эзофагита более опасным с точки зрения угрозы канцерогенеза.

Цель работы – выяснить клинические особенности течения рефлюкс-эзофагита, ассоциированного с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (РЭ-ДГЭР).

Материалы и методы. У 129 пациентов в возрасте 18–76 лет с РЭ-ДГЭР изучены особенности рефлюксного синдрома и внепищеводных проявлений заболевания. Критериями включения в исследование явилось наличие у больных, подписавших добровольное информированное согласие на участие в исследовании, сочетания типичных жалоб (изжога, кислая/горькая отрыжка и регургитация), визуально различимого при эндоскопическом исследовании разной степени выраженности РЭ, явлений ДГЭР, установленного как минимум одним из диагностических

приемов – выявлением при эндоскопическом исследовании окрашенного желчью рефлюксата или следов желчи на поверхности слизистой оболочки пищевода (СОП), значений pH в дистальном отделе пищевода от 8,0 ед. либо стойким привкусом горечи натощак и после еды. Дифференциация больных проводилась по выраженности РЭ с выделением эрозивного варианта, соответствующего по классификации Savary–Miller I степени выраженности, и эрозивного варианта (II степень).

Результаты. Наличие РЭ I степени обнаружено у 66,7 % больных, РЭ II степени – у 33,3 % с единичными (25,6 % случаев) либо множественными (74,4 %) эрозиями на фоне выраженных воспалительных изменений в слизистой оболочке пищевода. Анализ течения и клинической картины РЭ-ДГЭР показал, что за медицинской помощью обращались преимущественно (87 %) лица активного трудоспособного возраста (20–59 лет). Основным поводом для обращения у половины больных являлась упорная изжога, у трети – сочетание выраженной изжоги и признаком билиарной диспепсии, прежде всего тошноты и ощущения горечи, фактически у каждого 6-го – внепищеводные проявления – симптомы поражения ЛОР-органов и халитоз. Три четверти больных обращались уже в первый год существования жалоб. Использование ВАШ самочувствия продемонстрировало, что больные с эрозивным РЭ оценивали самочувствие значимо ниже ($4,49 \pm 0,44$ см), чем пациенты с неэрозивным вариантом ($5,71 \pm 0,29$ см, $p < 0,05$). РЭ-ДГЭР протекал в коморбидной ассоциации с хроническим гастритом (100 % случаев), дуоденитом (70 %), недостаточностью кардии (у 54,7 %), ГПОД (у 31,3 %), патологическими состояниями билиарного тракта (82,9 % наблюдений) – дискинезиями желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом, ЖКБ, аномалиями формы желчного пузыря. Внепищеводные признаки РЭ-ДГЭР проявлялись утренней осиплостью голоса (12 % случаев), першением и ощущением «кома» в гортани (8 %), а также рефлюксным кашлем (6 %), который коррелировал с наличием грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Каждый 3-й больной отмечал затяжное течение респираторных инфекций.

Заключение. В клинической картине ГЭРБ-ДГЭР проявления рефлюксного синдрома определяются степенью выраженности воспалительных изменений в слизистой оболочке пищевода и сочетаются с явлениями билиарной диспепсии.

Интерлейкин-1 как один из предикторов эффективности терапии инфликсимабом при ревматоидном артрите

Доценко С.С., Шилова Л.Н., Левкина М.В., Фофанова Н.А., Некрасова С.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25, Волгоград

Цель исследования – выявление взаимосвязи уровня интерлейкина-1 (ИЛ-1) у больных ревматоидным артритом (РА), получающих базисные противовоспалительные препараты (БПВП) в комбинации с генно-инженерными биологическими препаратами, с эффектом от лечения. Задачи:

1. Определить уровень ИЛ-1 у больных РА, получающих метотрексат (МТ) в комбинации с инфликсимабом (ИФ).
2. Оценить эффект от лечения.
3. Выявить основные клинико-лабораторные показатели при хорошем ответе на проводимую терапию.
4. Оценить связь уровня ИЛ-1 со снижением активности заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 30 нед находилось 18 больных с достоверным РА. Среди обследованных были женщины, средний возраст $46 \pm 8,4$ года. Длительность заболевания $13,2 \pm 5,3$ года. Серопозитивный РА выявлялся у 83,3 % пациентов, серонегативный – у 16,7 %, АЦП-позитивный – у 66,8 %. Наиболее часто встречались III и IV рентгенологические стадии – у 66,8 %, II – у 16,6 %, I – у 16,6 %. Внесуставные проявления РА в виде анемии легкой степени (средний уровень эритроцитов $4,06 \times 10^{12}/л$, средний уровень гемоглобина $118 \pm 7,25$ г/л) имели 66,8 % обследованных. Все пациенты получали МТ в дозе 12,5–20 мг в неделю (средняя продолжительность лечения 3,6 года) в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами. Половина больных принимала глюкокортикостероиды (ГКС) в дозе 8 мг метилпреднизолона в день на протяжении не менее 16 мес. Интерферон назначался из расчета 3 мг/кг массы тела, введение проводилось по стандартной схеме. Оценивались гемограмма, СОЭ, СРБ, определение ИЛ-1 осуществляли с использованием набора реагентов «ИНТЕРЛЕЙКИН-1бета–ИФА–БЕСТ» для ИФА в сыворотке крови человека (верхняя граница нормы ИЛ-1 – 11 пг/мл). Активность заболевания определялась с помощью DAS28-CRP(4), с использованием числа припухших суставов (ЧПС), числа болезненных суставов (ЧБС) из 28, СРБ (в мг/л), общей оценки состояния здоровья больным (ООСЗБ). Ответ на терапию оценивался по индексу DAS28 в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями 2013 г. Показатель ООСЗБ оценивался по ВАШ.

Результаты. У 100 % больных отмечалась высокая степень активности по DAS28-CRP(4) ($5,6 \pm 0,6$). У 55,5 % пациентов масса тела была нормальной, у остальных 44,5 % – предожирение. После 2-й и 3-й инфузии интерферона у 88,9 % всех пациентов наблюдалось значительное улучшение (уменьшение боли и отечности пораженных суставов, длительности утренней скованности, увеличение объема движений в суставах), у остальных 11,1 % – менее выраженный эффект. Динамика среднего ЧБС до лечения интерфероном, на 14-й и 30-й неделе была 7,3–5,6–5,3, а ЧПС 12,8–9,0–8,2 соответственно. Отмечалось снижение основных маркеров воспаления: среднее значение СОЭ до лечения составляло 26,8 мм/ч, на 14-й неделе наблюдения – 10,2, на 30-й – 12,2, среднее значение СРБ до лечения было 25,4 мг/л, на 14-й неделе – 3,0, а на 30-й – 4,8. Средняя концентрация ИЛ-1 до лечения 8,07 пг/мл, на 30-й неделе – 3,25. У большинства больных исходные уровни ИЛ-1 существенно не выходили за диапазон в сыворотке условно здоровых доноров. Исключение составило 11,1 % больных, у которых был выше нормы (в среднем 12,2 пг/мл), все они вошли в группу с более выраженным эффектом от терапии по клинико-лабораторным показателям. Среднее значение боли по ВАШ на момент первичного осмотра составило 68,3 мм, затем этот показатель снизился через 14 нед лечения до 40,0 мм, через 30 нед – до 26,0. Была проведена оценка ответа на терапию: на 14-й неделе наблюдения группы с хорошим, удовлетворительным эффектом и без эффекта составили по 33,3 %, на 30-й неделе группа с хорошим эффектом составила 33,3 %, с удовлетворительным – 50,0 %, без эффекта – 16,7 %. К 30-й неделе лечения значительно сократилось число пациентов без эффекта от терапии. При этом группы с хорошим и удовлетворительным ответом составили пациенты с уровнем СРБ, превышающем верхнюю границу нормы более чем в 3 раза, внесуставными проявлениями в виде анемии легкой степени (колебаниями гемоглобина от 109 до 117 г/л), меньшими значениями ИМТ ($19,6-23,3$ кг/м²), изначально более высокими показателями по DAS28-CRP(4) и более высокими концентрациями ИЛ-1, которые снижались в ходе лечения.

Выводы. Группы с хорошим и удовлетворительным ответом к 30-й неделе лечения МТ и интерфероном составили пациенты с меньшим ИМТ, более высокой степенью активности, более высокими концентрациями СРБ и ИЛ-1, а также с внесуставными проявлениями заболевания в виде легкой степени анемии.

Сроки чрескожного коронарного вмешательства и динамика variability сердечного ритма у больных STEMI

Душина Е.В., Барменкова Ю.А., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет, Медицинский институт, Пенза

Цель работы – проанализировать влияние времени проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных ИМ с подъемом сегмента ST (STEMI) на динамику параметров variability сердечного ритма (BCP).

Материалы и методы. Обследованы 90 больных STEMI обоего пола в возрасте $56,3 \pm 10,2$ года. Время от развития болевого синдрома до проведения инвазивного восстановления кровотока по инфаркт-связанной венечной артерии составило $6,15 (3,9; 12,3)$ ч. Суточное мониторирование ЭКГ с анализом временных параметров BCP проводилось на 7–9-е сутки, через 24 и 48 нед после STEMI, с использованием системы «Астрокард» («Медитек», Россия). Пациенты в зависимости от времени выполнения ЧКВ были разделены на следующие группы. Группу ранней реваскуляризации (PP) составили 40 пациентов, которым ЧКВ проведено в первые 6 ч от начала заболевания. В группу поздней реваскуляризации (ПР) вошли 50 больных с отсроченным проведением инвазивной реперфузии. Сравнимые группы не отличались по возрасту, полу, антропометрическим характеристикам и локализации зоны инфаркта. Результаты. В группе PP зафиксировано увеличение значений всех временных параметров BCP как к 24-й, так и к 48-й неделям наблюдения ($p < 0,001$). Параметр MeanNN возрос с 821 ± 102 мс до 903 ± 100 мс к 24-й неделе, а к 48-й неделе составил 879 ± 119 мс. Значения SDNN и SDNNi увеличились с 106 ± 33 и 44 ± 16 мс до 140 ± 41 и $52 (39; 68)$ мс к 24-й неделе и до 148 ± 46 и $52 (37; 46)$ мс к 48 неделе. Заметный рост показал параметр SDANN с 93 ± 31 мс до $52 (39; 68)$ мс и $53 (37; 60)$ к 24-й и 48-й неделям соответственно. Параметр rMSSD увеличился с исходного значения $16 (12; 25)$ мс до $26 (16; 40)$ мс к окончанию периода наблюдения, а показатель rNN50 с $1,4 (0,5; 4,3)$ до $4,9 (1,1; 12,4)$. В то же время в группе ПР положительная динамика выявлена лишь по параметрам SDNN и SDANN. Так, значения первого из них к 48-й неделе возросли со $102 (87; 120)$ мс до $127 (106; 156)$ мс ($p < 0,01$), второй показатель увеличился с $85 (75; 111)$ мс до $109 (91; 131)$ мс ($p < 0,001$).

Выводы. У больных STEMI проведение ЧКВ в ранние сроки благоприятно сказывается на вегетативной регуляции сердечной деятельности в постинфарктном периоде – увеличение активности парасимпатической ее составляющей, отражением которой является рост значений всех параметров временного анализа BCP.

Изучение ассоциации полиморфизма RS9939609 гена FTO на пищевой термогенез макронутриентов

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

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Санаторий Ревиталь Парк, Москва

Цель работы – изучить ассоциацию полиморфизма RS9939609 гена FTO на пищевой термогенез макронутриентов.

Материалы и методы. Исследование выполнено в контролируемых условиях санатория Ревиталь Парк, г. Железнодорожный, на 120

пациентах, без вредных привычек и не принимавших фармацевтические препараты. Исследование пищевого термогенеза проводили методом непрямой калориметрии с помощью мобильного метаболога «VO2000» (MedGraphics, США). У всех обследованных была проведена идентификация полиморфизма rs9939609 гена FTO. ДНК выделяли из крови стандартным методом с использованием сорбента и набора реагентов «ДНК-сорб-С», производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва. Для генотипирования полиморфизма rs9939609 гена FTO применяли мультиплексную аллель-специфичную амплификацию с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК. Для проведения анализа использовали амплификаторы «Биометра», Германия и «RotorGene-6000», Австралия. Для исследования пищевого термогенеза преимущественно белковой, жировой или углеводной природы использовали обезжиренный творог, сливочное масло и каши (гречневую, овсяную и пшеничную). Калорийность нагрузок составила 125 ккал на 1 порцию.

Результаты. На основании термогенеза пищевых тестов был рассчитан термогенез чистых белков, жиров и углеводов. Термогенез белка составил $33,63 \pm 0,79\%$, термогенез жира – $12,38 \pm 0,36\%$, термогенез углеводов – $19,66 \pm 0,48\%$. Все обследованные были поделены по группам высокого и низкого пищевого термогенеза макронутриентов. При оценке частоты встречаемости генотипов и мутантного аллеля rs9939609 гена FTO у лиц с высоким и низким термогенезом белков, жиров и углеводов были получены следующие результаты: носительство аллеля А в гомозиготном состоянии (генотип АА) по сравнению с носительством генотипа ТТ было статистически значимо связано с высоким ПТБ – ОШ 4,8; ДИ 1,07–21,4 при $p = 0,03$. Аллель А изучаемого полиморфизма был ассоциирован с высоким уровнем ПТБ – ОШ 1,91, ДИ 0,99–3,69 при $p = 0,049$ и ПТУ – ОШ 2,2; ДИ 1,12–4,43 при $p = 0,02$. Частота встречаемости аллеля А в группе с высоким ПТЖ была также выше (но не достоверно), чем в группе с низким ПТЖ – ОШ 1,49; ДИ 0,78–2,87 при $p = 0,23$.

Выводы. Таким образом, наличие мутантного аллеля А (особенно в гомозиготном состоянии) rs9939609 гена FTO достоверно ассоциируется с высоким пищевым термогенезом белков и углеводов. Полученные данные позволяют прогнозировать интенсивность индивидуальной термической реакции на пищу при составлении лечебных и профилактических рационов питания.

Особенности сердечно-сосудистой патологии у пациентов с воспалительными заболеваниями суставов

Елисева Л.Н., Бледнова А.Ю., Самородская Н.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

В настоящее время патология сердечно-сосудистой системы остается ведущей среди причин смерти и инвалидизации, однако особое значение эти нарушения приобретают у пациентов с воспалительными заболеваниями суставов. На современном этапе считается абсолютно доказанным отягчающее влияние хронических воспалительных механизмов на раннее формирование и прогрессирование кардиоваскулярной патологии, так как маркеры воспаления оказались дополнительными (к традиционным) факторами риска раннего развития атеросклероза и тромбоцитарно-эндотелиальной активности. Дополнительный отрицательный вклад отмечен на фоне использования глюкокортикостероидов, цитостатиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), составляющих неизменный компонент в лечении длительных развивающихся воспалительных заболеваний с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования – анализ особенностей поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов с различными воспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Проведен анализ коморбидных состояний у 458 пациентов ревматологического отделения с воспалительными заболеваниями суставов (ревматоидный артрит – 136 больных, анкилозирующий спондилит – 97 пациентов, псориатическая артропатия – 89 пациентов, 136 пациентов с остеоартритом). Установлено, что наиболее частой патологией сердечно-сосудистой системы была АГ, частота которой и степень выраженности ассоциированы с длительностью течения ревматологического заболевания и потребными среднегодовыми дозами противовоспалительных препаратов с практически одинаковой частотой в каждой из нозологических групп (соответственно 22,05, 20,6, 17,98 и 25,0 %). Определена умеренной степени положительная корреляционная связь частоты АГ и суммарной дозой НПВП ($r = 0,56$), а также суммарной дозой применяемых глюкокортикостероидов. Вместе с тем, среди больных ревматоидным артритом и псориатической артропатией, лечение которых включало использование генноинженерных препаратов снижалась доза используемых НПВП и глюкокортикостероидов и соответственно значительно реже (практически в 2 раза) определялась АГ и/или повышалась эффективность антигипертензивной терапии без изменения их суммарной дозировки. Анализ ультразвуковых параметров сердечной деятельности показал высокую частоту распространенности диастолической дисфункции миокарда левого желудочка во всех группах пациентов с воспалительными заболеваниями суставов, которые были более выраженными на фоне ревматоидного артрита. В то же время систолическая дисфункция определялась редко, что может быть связано с ограничением двигательной активности пациентов. У 15 % больных при суточном мониторингировании ЭКГ регистрировались различные (чаще единичные) нарушения ритма без клинической манифестации. Клинически значимые проявления ИБС преимущественно выявлялись в подгруппе больных остеоартритом, что мы склонны объяснить более высокими значениями их возраста. Однако частота бессимптомных атеросклеротических бляшек в сонных артериях имела четкую зависимость от активности ревматического процесса, длительностью неадекватной терапии (в основном вследствие низкой комплаентности больных к базисной терапии). При динамическом наблюдении определена возможность замедления прогрессирования роста атеросклеротических бляшек на фоне адекватной терапии ревматоидного артрита метотрексатом. Признаки метаболических нарушений и ожирение в основном определены в подгруппах с остеоартритом, псориатической артропатией и у пациентов ревматоидным артритом, получающих глюкокортикостероиды в связи с непереносимостью цитостатиков или несоблюдением рекомендаций врачей в отношении применения базисной терапии. Кардиоренальные нарушения выявлялись у 43 % обследованных больных. В целом обращает на себя внимание наличие от 2 до 9 коморбидных состояний у пациентов с воспалительными заболеваниями суставов, ведущая роль среди которых принадлежит поражению сердечно-сосудистой системы.

Маркеры повреждения эндотелия и тромбоцитарное звено гемостаза у больных системной красной волчанкой

Емануйлова Н.В., Емануйлов В.И., Масина И.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель работы – исследование тромбоцитарного звена гемостаза, маркеров эндотелиального повреждения и их взаимосвязи с активностью заболевания у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. Обследован 32 больных СКВ. Исследовали спонтанную агрегацию тромбоцитов (АТ), а также FN с индукторами агрегации: аденозин-5-дифосфатом (АДФ) в концентрации 0,1 мкМ и 5 мкМ, коллагеном, в концентрации 20 мкг/мл, определение антигена фактора фон Виллебранда (AgvWF) проводилось с помощью ИФА, оценивалось содержание циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в периферической крови по J. Hladovec (1978) с использованием камеры Горяева для подсчета десквамированных эндотелиоцитов.

Результаты. Показатель спонтанной АТ у больных с СКВ составил 1,17 (1,01–1,21) отн. ед. ($p < 0,001$). Параметры АТ с АДФ в концентрации 0,1 мкМ у больных СКВ были равны 1,59 (1,26–1,91) отн. ед. ($p < 0,01$), в концентрации 5 мкМ составили 62,7 (57,4–63,0) % ($p < 0,001$). АТ с 20 мкг/мл коллагена, в свою очередь, равнялась 58,0 (52,5–62,8) % ($p < 0,001$). Пациенты с СКВ имели достоверное повышение уровня AgvWF – 1,13 (1,03–1,24) Ме/мл ($p = 0,0000$), при контрольных цифрах – 0,64 (0,48–0,78) Ме/мл. Количество ЦЭК соответствовало 5,0 (5,0–6,0) × 104 л и превышало контрольные значения – 2,0 (2,0–3,0) × 104 л ($p = 0,0000$). При проведении корреляционного анализа обнаружены взаимосвязи между активностью воспаления и активацией механизмов свертывания крови, что подтверждается наличием корреляционных связей между индексом SLEDAI и ЦЭК ($r = 0,95$, $p = 0,0008$), активностью воспаления и спонтанной АТ ($r = 0,50$, $p = 0,0387$).

Заключение. У больных СКВ отмечена активация системы тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза, что находило свое отражение в значительном повышении показателей спонтанной агрегации тромбоцитов, агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ и коллагеном, повышением маркеров эндотелиального повреждения. Отмечена корреляционная взаимосвязь активности воспалительного процесса с показателями активации первичного звена гемостаза.

Ожирение, как первичное проявление синдрома Иценко–Кушинга, диагностический поиск для врача терапевта. Клинический случай

Емельянов А.В.

Медицинский центр Лекарь, Биробиджан

Актуальность. За последнее время ожирение, как предиктор развития АГ и других соматических заболеваний, выходит на ведущее место по обращаемости к терапевту. В связи с большой нагрузкой в поликлинике, зачастую коллеги не обременяют себя проведением более углубленных методов обследования лиц молодого возраста с признаками ожирения, однако под данной маской могут протекать заболевания эндокринной системы.

Цель работы – напомнить коллегам-терапевтам, что ожирение – это верхушка айсберга, скрывающая различные заболевания, которые незаслуженно мы забываем либо не пытаемся исключить у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы. В нашу клинику обратилась женщина 1991 г.р. с жалобами на повышение массы тела, частое мочеиспускание, пастозность лица, рук и отеки нижних конечностей, потливость, тремор кистей рук и нарушение менструального цикла. Наблюдается у гинеколога по поводу бесплодия. По медицинским документам было установлено, что с 2003 г. страдает эндогенным ожирением, с 2005 г. эндемический зоб, в 2007 г. диагностирована кардиомиопатия без Эхо-локации сердца. За все время обращения в медицинские учреждения обследования не проходила, гормональный фон не исследовался. При осмотре: состояние удовлетворительное, резко повышенного питания (масса тела – 110,50 кг, рост – 165 см, ИМТ – 40,4). Кожные покровы бледно-розового цвета,

пастозность лица, рук. На коже брюшной стенки симметрично по флангам яркие и широкие стрии. Щитовидная железа и лимфатические узлы не пальпируются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений 72 в мин, АД 120 и 80 мм рт.ст. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание частое, малыми порциями. Отеки стоп и пастозность голеней. Больной было назначено обследование, результаты которого указывали на высокий уровень свободного кортизола до 1337 нмоль/л, холестерина до 5,63 ммоль/л, лептина до 41,7 нг/мл. На УЗИ – узловое образование в перешейке щитовидной железы и МР-картина скопления жидкости в плевральной полости с обеих сторон, больше с права. В исследованиях: клинический анализ крови, общий анализ мочи и МАУ, биохимические анализы крови, а также тиреотропный гормон, Т3, Т4, тестостерон, СТГ и выполненное МРТ почек, надпочечников, органов брюшной полости и головного мозга патологических изменений не выявили. Диагноз кардиомиопатии не подтвержден. Учитывая высокие показатели кортизола в моче и слюне, больной был выполнен тест Лиддла. Результаты теста резко положительные, после пробы уровень кортизола – 160 нмоль/л. На основании обследования был выставлен диагноз: синдром Иценко–Кушинга, функциональный, легкой степени тяжести, двусторонний плеврит; ожирение, III степени, абдоминальный тип; узловой солитарный зоб, эутиреоз. Назначена терапия: диета № 9, верошпирон по 50 мг утром и метформин по 1000 мг на ночь. Результаты. При осмотре через 6 мес: снижение массы тела на 9 кг, купирование потоотделения и отеков. Стрии брюшной стенки стали бледными, уменьшились по площади. Нормализовалось мочеиспускание и менструальный цикл. В анализах: холестерин до 5,3 ммоль/л, лептин до 32,7 нг/мл, кортизол до 300 нмоль/л. Доза верошпирана была уменьшена до 25 мг/сут, суточный прием метформина не изменен. Повторный осмотр в марте 2017 г. с результатами анализов на холестерин, кортизол, лептин не выявил лабораторных изменений. У девушки диагностирована беременность – 6 нед. Показатели гемодинамики в норме, жалоб не предъявляет. Масса тела 92 кг, периферических отеков нет, стул и диурез не нарушены. Метформин и верошпирон отменены самостоятельно 2 мес назад. Осмотр в динамике 30 июля 2017 г.: благоприятно протекающая беременность 28 нед. Контрольные показатели тиреотропного гормона на 8-й и 12-й неделях беременности в норме. Гемодинамика стабильная, биохимические показатели в норме, отеков нет.

Выводы. Таким образом, можно сделать обоснованный вывод, что углубленное обследование пациентов особенно молодого и репродуктивного возраста при установленном диагнозе ожирения должно проводиться терапевтом в целях выявления заболеваний эндокринной системы. Мы не должны ограничивать себя в советах пациентам по диете, страдающих ожирением, а иметь в виду, что данная патология может быть спровоцирована другими заболеваниями, которые требуют назначения агрессивной терапии на ранних стадиях их диагностики.

Мочевой лейкотриен E4 до выдыхаемого соотношения оксида азота и реакция на монтелукаст у спортсменов зимних видов спорта с индуцированной нагрузкой бронхостенозой

Ермакович Т.М.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск

Цель настоящего исследования состояла в том, чтобы исследовать связь между отношением лейкотриена E4 (LTE4) к фракционному выдыхаемому

оксиду азота (FENO) и ответом на терапию антилейкотриеновым препаратом у спортсменов зимних видов спорта с вызванной физической нагрузкой бронхоконстрикцией (EIB).

Материалы и методы. Лыжники и биатлонисты в возрасте от 12 до 19 лет изучались в предконкурентных (n = 92) и конкурентных (n = 78) периодах. Тест на легочную функцию (MasterScreen Pneumo, Viasys) анализировали на начальном этапе и через 1, 5 и 10 мин после тренировки или соревнования при низкой температуре. Первоначально FENO оценивали и от 1 до 5 мин после тренировки с использованием анализатора CLD 88 (EcoMedicsFeNO, измерения проводились в соответствии с рекомендациями ATS / ERS). Уровень LT E4 до тренировки измеряли с помощью ELISA (Assay Designs, США). EIB-положительных спортсменов лечили монтелукастом по 10 мг в день в течение 2 нед с последующим повторным обследованием. Результаты. Снижение ОФВ1 на 10 % (FEV1) при проведении теста на проведение тренировок продемонстрировали 6,5 % спортсменов. Уровни мочевого LT E4 не отличались у EIB-положительных и EIB-отрицательных спортсменов (76,8 ± 12,7 против 88,7 ± 6,8, p = 0,93), что может быть связано с недостаточным количеством людей с диагностированной EIB. Однако выявлена отрицательная корреляция между уровнем FEV1 до и после тренировки и уровнем LT E4 в моче (rs = -0,3, p < 0,01). Значительно более низкий уровень FENO до тренировки наблюдался у EIB-положительных субъектов по сравнению с EIB-отрицательной группой (9,4 ± 2,1 против 14,2 ± 0,8, p = 0,03 соответственно). Коэффициент LT E4 / FENO был относительно выше в группе EIB по сравнению с не-EIB, хотя разница не была статистически значимой (11,0 ± 3,5 против 9,3 ± 1,1, p = 0,35). После лечения монтелукастом 9 из 10 спортсменов не проявили признаков EIB. ΔFEV1 был изменен с -6,8 (-11,2, -2,8) % до -4,2 (-6,0, 2,5) % через 1 мин и от -8,3 (-13,5, -2,1) % до -1,0 (-4,1; 9,9) % через 5 мин после тренировки. Уровень ΔFeNO также был изменен с 20,7 % до -22,9 % после лечения.

Выводы. Эти результаты подтверждают эффективность монтелукаста в предотвращении снижения ОФВ1 после тренировки при низких температурах у EIB-положительных спортсменов. Соотношение LTE4 / FENO относительно выше у EIB-положительных спортсменов, которые подтверждают основную роль LTE4 в развитии EIB.

Инсулинорезистентность у больных подагрическим артритом с метаболическим синдромом

Жигулина К.В., Шилова Л.Н., Коренская Е.Г., Чернов А.С., Рогаткина Т.Ф.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель работы – изучить частоту встречаемости инсулинорезистентности у больных подагрическим артритом с метаболическим синдромом. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 больных с первичной подагрой, диагностированной на основании критериев S. Wallis. Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю были включены 40 человек без признаков метаболического синдрома (МС), во 2-ю – 20 больных с подагрическим артритом, имеющих метаболический синдром. Среди больных преобладали мужчины (60 %), средний возраст – 52 года. У 25 человек прослеживался семейный анамнез подагрического артрита. Средняя продолжительность заболевания составила 8,2 ± 3,5 года. Для диагностики метаболического синдрома проводились расчет ИМТ, оценивалось соотношение объема талии и бедер, исследовались показатели углеводного, липидного обмена, производился расчет индекса НОМА.

Результаты. Все больные находились на стационарном лечении в больнице ГУЗ «ГКБ СМП № 25». Дебют подагрического артрита в среднем наблюдался в 35,6 ± 10 лет. Все пациенты осмотрены в межприступный период. У 35 (58,3 %) больных диагностирована тофусная форма, 25 (41,6 %) не имели тофусов. Масса тела у пациентов с МС составила 96,0 (85,5–109,0) кг, в группе пациентов, не имеющих признаков МС – 90,0 (84,5–94,0) кг. В основной группе ИМТ колебался от 29,05 до 49,39 кг/м², в группе сравнения – 28,0–34,25 кг/м². Ожирение в основной группе наблюдалось у 18 (45 %) больных, в остальных случаях констатирована избыточная масса тела. Среди критериев МС у 16 (40 %) больных диагностирована АГ, гиперлипидемия у 8 (20 %) мужчин и 7 (17,5 %) женщин, нарушение толерантности к глюкозе отмечено у 24 (60 %) пациентов. У больных с изолированной подагрой объем талии у мужчин 86 (94,0–100,0) см, у женщин 86,5 (83,0–90,0) см, АГ имела у 6 (29 %) обследованных. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови пациентов с МС варьировал от 237,0 до 960,5 мкмоль/л, что превышало показатели пациентов без МС. У 35 % больных диагностирована инсулинорезистентность. Средний показатель индекса НОМА в основной группе составил 22,0, в группе сравнения – 0,49, а средний уровень инсулина в сыворотке крови у больных – 7,9 мМЕ/л и 2,2 мМЕ/л соответственно.

Выводы. Проведенное исследование выявило достаточно высокую распространенность метаболического синдрома у пациентов с подагрическим артритом. У больных подагрой в сочетании с МС отмечены более высокие значения мочевой кислоты. Для больных подагрой в сочетании с МС характерно увеличение частоты развития инсулинорезистентности, что увеличивает риск развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

Изменение гемодинамической реакции на холодовой стресс у больных артериальной гипертензией на фоне терапии небивололом

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Сулиманова Д.Р., Рубанова М.П., Вебер К.В., Федоров Т.В.

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Цель исследования – исследовать изменения реакции АД на холодовую пробу у больных АГ мужчин и женщин на фоне терапии небивололом. Материалы и методы. Обследованы 37 больных АГ II степени (ЕОК/ЕОАГ, 2013), в том числе 19 женщин (средний возраст 49,2 ± 2,8 года) и 18 мужчин (средний возраст 49,5 ± 2,4 года), ранее не получавших регулярную антигипертензивную терапию. АД измерялось по методу Короткова в состоянии покоя и при холодовой пробе (ХП). Рассчитывался показатель среднего артериального давления (АДср.) по формуле: АДср. = 0,42 × САД + 0,58 × ДАД. Холодовая проба проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Обследование больных проводилось до начала лечения и через 1 мес эффективной терапии небивололом на фоне достижения и стойкого удержания целевого уровня АД.

Результаты. До начала антигипертензивной терапии значительное повышение АДср. (на 10 % и более) при ХП регистрировалось у 31,3 % женщин и у 19,2 % мужчин. Следует отметить, что при проведении холодовой пробы были выявлены пациенты со значительным снижением АДср. Причем у мужчин выраженная гипотоническая реакция на холодовую стресс встречалась достоверно чаще, чем у женщин – в 30,8 и 6,3 % случаев, соответственно ($\chi^2 = 12,70$, p = 0,001). На фоне эффективной антигипертензивной терапии небивололом доля больных АГ женщин

и мужчин с повышением АД ср. на ХП уменьшилась почти в 2 раза с 31,3 до 15,5 % и с 19,2 до 9,0 % соответственно. Доля больных АГ со снижением АД ср. при ХП на фоне терапии небивололом оставалась такой же, как и до начала лечения как у женщин (6,3 % исходно и 6,1 % на терапии, $p > 0,05$), так и у мужчин (30,8 % исходно и 27,3 % на фоне терапии небивололом, $p > 0,05$).

Заключение. У части больных АГ, особенно у мужчин, холоддовая проба может сопровождаться значительной гипотензивной реакцией. Эффективная антигипертензивная терапия небивололом в 2 раза уменьшает число больных со значительным повышением АД на холодовой стресс, но не влияет на частоту развития гипотензивной гемодинамической реакции на холодное воздействие.

Психовегетативные аспекты формирования дискинезии желчного пузыря

Жукова Е.В., Куницына М.А., Семикина Т.М.

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

Цель исследования – изучить состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и выраженность стрессогенной нагрузки у лиц с впервые выявленной дискинезией желчного пузыря (ДЖП).

Материалы и методы. Проведено обследование 68 пациентов с впервые установленным диагнозом ДЖП в возрасте от 18 до 60 лет. Группу сравнения составили 25 практически здоровых человек без хронических соматических заболеваний. Уровень стрессогенной нагрузки определяли по методике Холмса и Раге, выраженность синдрома вегетативной дистонии (СВД) с помощью опросника А.М. Вейна (2003г).

Результаты. Доктора Холмс и Раге (США) составили таблицу стрессогенности различных неблагоприятных событий в жизни человека в баллах. Согласно полученным ими результатам, 150 баллов указывает на 50 % вероятности развития различных заболеваний или обострение уже существующих, а при 300 баллах она увеличивается до 90 %. По нашим данным, у 16 (23,5 %) пациентов при развитии ДЖП уровень стрессогенной нагрузки был менее 100 баллов, в 36 случаях варьировал в пределах 100–200 баллов, что составило 52,9 % и у 16 (23,5 %) пациентов анализируемый показатель превышал 200 баллов. В группе контроля уровень стресса составил в среднем $112 \pm 8,7$ балла. Полученные результаты указывают на значимость стресса в развитии ДЖП. Однако у 23,5 % больных при наличии ДЖП уровень стресса не превысил 100 баллов. В связи с чем нами было сделано предположение, что в развитии ДЖП принимает участие не только уровень стресса, но и изменения со стороны ВНС. Проведенное исследование в полной мере подтвердило данное предположение. У всех пациентов с признаками ДЖП обнаруживалось наличие СВД с выраженностью более $19,4 \pm 3,8$ ЕД. Важно отметить, что у пациентов с уровнем стрессовой нагрузки менее 100 баллов величина СВД составила в среднем $25,3 \pm 0,8$ ЕД. Учитывая, что наличие синдрома вегетативной дисфункции характерно для всех пациентов с ДЖП, а выраженность стрессовой нагрузки значительно варьирует, можно констатировать, что предполагающим фактором развития дискинезии является нарушение со стороны ВНС, а пусковым механизмом служит уровень стресса.

Выводы. Риск развития дискинезии желчного пузыря в значительной мере ассоциирован с уровнем стрессовой нагрузки по Холмсу и Раге более 150 баллов и выраженностью синдрома вегетативной дистонии по А.М. Вейну более $25,3 \pm 0,8$ ЕД.

Опыт наблюдения за больными с поллинозом на фоне специфической иммунотерапии в Республике Крым

Жукова Н.В., Костюкова Е.А.

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

Во всем мире регистрируется увеличение числа заболеваний аллергического генеза как среди взрослых, так и среди детей, что является причиной тщательного изучения их специалистами теоретических и клинических дисциплин. Одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний является поллиноз или сенная лихорадка. Поллинозом страдают от 0,5 до 15,0 % всего населения. Распространенность поллиноза в значительной степени определяется климатогеографическими особенностями регионов и находится под влиянием экологических факторов.

Цель исследования – определить виды злаковых и сорных трав, наиболее часто вызывающих явления аллергического ринита в Республике Крым; выявить частоту проявления побочных эффектов на фоне проводимой аллергенспецифической терапии, а также процент «неответчиков» на проводимую терапию.

Материалы и методы. С 2013 по 2016 г. под наблюдением находились 70 пациентов, из них 39 (55,7 %) женщин и 31 (44,3 %) мужчины в возрасте от 18 до 59 лет с диагнозом поллиноз с риноконъюнктивальным синдромом и/или бронхообструктивным синдромом. Длительность болезни у пациентов колебалась от 3 до 25 лет. У всех пациентов было повышенное значение общего IgE (норма 100 МЕ/мл) и в среднем составляло 321 МЕ/мл в 1-й год наблюдения и 174 МЕ/мл на 3-й год. Наиболее частыми жалобами были слезотечение (70 %), ринорея (65 %), заложенность носа (60 %), першение в горле (80 %), чихание (50 %) зуд в ушах (27 %), кашель (30 %). Кроме явлений аллергии, все больные были соматически здоровы. Были проведены ргiск-тест с аллергенами злаковых и сорных трав, назначена инъекционная аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) в холодное время года. Больные получали лечение причиннозначимыми аллергенами.

Результаты. Из аллергенов, наиболее часто выявляемых в Крымском регионе, были: циклахена – 56,6 %, амброзия – 83,3 %, подсолнечник – 63,3 %, полынь – 26,6 %, рожь – 16,6 %, костер – 16,6 %, лисохвост – 23,3 %, тимopheевка – 23,3 %, ежа – 26,6 %, райграс – 23,3 %, овсяница – 20,0 %. При проведении АСИТ у 12 (17,1 %) больных отмечалась местная аллергическая реакция в виде гиперемии и кожного зуда. У 5 человек (7,1 %) развилась генерализованная реакция по типу крапивницы и отека Квинке на введение больших доз аллергенов. В период полликации 55 больных (78,7 %) отмечали уменьшение симптомов ринита, укорочение периода обострения. У 10 человек (14,2 %) уже после 1-го курса терапии симптомы поллиноза не возобновлялись, у 5 (7,1 %) человек эффекта от проводимой терапии не наблюдалось. Также проводимая в период обострения терапия антигистаминными и топическими препаратами оказывалась более эффективной, чем в случае отсутствия ранее лечения аллергенами.

Выводы. Мы рекомендуем аллергенспецифическую иммунотерапию всем пациентам с поллинозом при наличии повышенного уровня IgE как эффективный метод лечения. Для уменьшения частоты побочных реакций в ответ на АСИТ, одновременно в введением больших доз аллергена (более 10–3) использовать антигистаминные препараты 2–3 поколений.

Оценка эффективности традиционной и инновационной программ диспансерного наблюдения за полиморбидными пациентами на фоне метаболического синдрома с помощью оригинальной методики

Журавлев Ю.И., Тхорикова В.Н.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Диспансерное наблюдение (ДН) – основной инструмент в первичной и вторичной профилактике широкого круга заболеваний. Оригинальная методика комплексной оценки полиморбидности (МКОП) разработана для оптимизации ДН за пациентами с полиморбидной патологией (ПП) на фоне метаболического синдрома (МС). Суть МКОП заключается в одновременной регистрации анамнестических, клинических, лабораторных, инструментальных, функциональных, психологических индикаторов здоровья (ИЗ). Конечные результаты МКОП представлялись в виде индексов, позволяющих оценивать здоровье пациента. Индекс полиморбидности (ИП) отражал ПП пациента в целом; индекс немодифицируемых ИЗ (И1) – наличие и выраженность немодифицируемых ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (пол, возраст и др.); индекс модифицируемых ИЗ (И2) – наличие и выраженность модифицируемых ФР ССЗ (масса тела, уровень общего холестерина и др.); индекс коморбидной патологии (ИЗ) – наличие и тяжесть патологии, коморбидной МС (гипертоническая болезнь, стенокардия напряжения и др.); индекс мультиморбидной патологии (И4) – наличие и тяжесть патологии, мультиморбидного МС (злокачественные новообразования, заболевания органов дыхания и др.); функциональный индекс (И5) – функциональный статус (ФС) пациента (толерантность к физической нагрузке, нарушение функции суставов и др.). Индексы выражались в условных единицах (у.е.) и принимали значение от 0 до 1,0 у.е. Значение 1,0 у.е. соответствовало отсутствию патологического влияния на здоровье пациента индикаторов данного кластера, 0 у.е. – максимально возможному патологическому влиянию.

Целью исследования стала оценка эффективности традиционной (ТДН) и инновационной (ИДН) программ ДН за пациентами с ПП на фоне МС с помощью МКОП. Задачи: осуществление ДН за пациентами с ПП на фоне МС по программам ТДН и ИДН с помощью рутинных методов и МКОП; комплексный анализ состояния их здоровья до начала и через шесть месяцев ДН; статистическая обработка результатов.

Материалы и методы. Обследованы 110 пациентов (47 мужчин (42,7 %) и 63 женщины (57,27 %)), имеющие ПП (2 и более заболевания) на фоне МС в динамике. ТДН (1-я группа, n = 61) проводилось в соответствии с приказом МЗ РФ № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения». ИДН (2-я группа, n = 49), включавшая помимо медикаментозной терапии, комплекс мер по модификации образа жизни, осуществлялась по методике, предложенной Журавлевым Ю.И. и Шептуном П.А. в 2011 г. Для сравнения центральных параметров в группах использовался дисперсионный анализ с критериями Краскала-Уоллиса и Ван дер Вардена, критическое значение уровня статистической значимости (p) принималось равным 0,05. Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов SAS 9.4, Statistica 12 и IBM-SPSS-23.

Результаты. Степень полиморбидности в обеих группах была оценена как «средняя» (медиана ИП составила 0,69 (0,60–0,76) у.е.), за счет тяжести коморбидной и мультиморбидной МС-патологии (медианы ИЗ и И4 – 0,58 (0,57–0,66) и 0,63 (0,60–0,73) у.е. соответственно). Имелись

множественные модифицируемые и немодифицируемые ФР ССЗ (медианы И1 и И2 – 0,70 (0,62–0,74) и 0,70 (0,62–0,75) у.е. соответственно); нарушения ФС (медиана И5 0,65 (0,56–0,73) у.е.). Через 6 мес в обеих группах выявлено статистически значимое повышение медиан И4 и И5, наиболее выраженное во 2-й группе (0,70 (0,67–0,75) у.е., p = 0,0121/0,0107 и 0,75 (0,67–0,79) у.е., p = 0,0025/0,0087) и 0,75 (0,63–0,79) у.е., p = 0,0087/0,0101 и 0,79 (0,67–0,81) у.е., p = 0,0058/0,0098 соответственно). Отмечено достоверное повышение медиан И2 – с 0,70 (0,62–0,75) до 0,81 (0,78–0,85) у.е. (p = 0,0017/0,0104) и ИП – с 0,69 (0,60–0,76) до 0,78 (0,74–0,83) у.е. (p = 0,0158/0,0237) в группе ИДН. В группе ТДН также возросло значение медиан И2 с 0,69 (0,61–0,74) до 0,75 (0,68–0,79) и ИП с 0,69 (0,59–0,76) до 0,74 (0,71–0,79) у.е., однако показатель не достиг статистической значимости (0,0547 и 0,0587 соответственно). Медианы И1 и ИЗ существенно не изменились.

Выводы. Программа ИДН за пациентами с ПП на фоне МС отличается более высокой эффективностью за счет мер, направленных на модификацию образа жизни: снижается степень тяжести патологии, мультиморбидной МС (И4), повышается ФС пациентов (И5), значимо уменьшается бремя болезни (ИП). Использование ИДН и МКОП позволяют реализовать на практике принцип персонализации медицинской помощи.

Динамика толерантности к физическим нагрузкам и качества жизни у больных пожилого и старческого возраста со стабильной ибс после курса интервальных гипоксических-гипероксических тренировок

Загайная Е.Э., Глазачев О.С., Сыркин А.Л., Копылов Ф.Ю., Дудник Е.Н.

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

Цель исследования – оценить динамику объективно и субъективно оцениваемых параметров переносимости физических нагрузок и качества жизни (КЖ) у пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной ИБС, находящихся на постоянной оптимально подобранной медикаментозной терапии, после курса индивидуализированных процедур интервальных гипоксических-гипероксических тренировок (ИГГТ).

Материалы и методы. В исследование включены 32 пациента со стенокардией напряжения II–III ФК (10 мужчин, 22 женщины, возраст 68,2 ± 6,1 года): группа ИГГТ (n = 17, 15 процедур по 50 мин) и группа плацебо (n = 19, 13–15 имитирующих ИГГТ процедур). До, после и через 1 мес после курса ИГГТ пациентам было проведено нагрузочное спирометрическое тестирование и тестирование с использованием оценочных шкал опросников качества жизни: MOS SF-36 и болезнь-специфического Сизтловского теста по стенокардии (SAQ). Для проведения курса ИГГТ (15 процедур, 5 раз в неделю, всего 21 день) и курса плацебо-тренировок (15 имитирующих процедур) использовали установку нормобарическую для создания гипоксических-гипероксических газовых смесей.

Результаты. В группе ИГГТ отмечено улучшение показателей спирометрии после курса процедур и через месяц: MET с 3,67 ± 1,23 до 3,97 ± 1,08 (p = 0,009) и до 4,28 ± 1,20 (p = 0,02) соответственно, среди показателей газообмена наблюдался умеренный прирост пикового потребления кислорода после курса ИГГТ с 13,46 ± 2,58 мл/кг/мин до 14,19 ± 2,9 мл/кг/мин и до 14,31 ± 2,46 мл/кг/мин через 1 мес и увеличение показателя потребления кислорода на уровне АП с 0,89 ± 0,12 мл/кг/мин до 0,93 ± 0,16 мл/кг/мин после курса ИГГТ, через месяц потребление кислорода на уровне АП увеличилось до значений 0,99 ± 0,2 (p = 0,005).

В группе контроля достоверных сдвигов в параметрах нагрузочного стресс-теста не выявлено. Отмечено значимое улучшение показателей самооценок КЖ и основных проявлений болезни: достоверный прирост значений по основным шкалам SAQ: шкале «ограничение физических нагрузок» – с $39,83 \pm 16,37\%$ до $48,06 \pm 9,65\%$ ($p = 0,01$) с сохранением эффектов через месяц – $47,24 \pm 11,29$ ($p = 0,01$), по шкале «стабильность приступов» – с $52,94 \pm 26,34\%$ до $75,3 \pm 23,4\%$ ($p = 0,008$) и $75,29 \pm 21,7$ ($p = 0,0003$) соответственно, по шкале «частота приступов» – с $49,41 \pm 27,26\%$ до $75,88 \pm 19,62\%$ ($p = 0,00006$) и $74,11 \pm 18,97\%$ ($p = 0,0009$), по шкале «удовлетворенность лечением» – с $58,52 \pm 16,49\%$ до $73,10 \pm 15,911\%$ ($p = 0,002$) и $77,39 \pm 17,26\%$ ($p = 0,003$). В плацебо-группе значимой динамики не отмечено ни по одной шкале теста. Существенное улучшение самооценки КЖ в группе ИГГТ выявлено и в динамике MOS, SF-36. Так, по шкале «физическое функционирование» отмечен прирост значений с $47,05 \pm 17,85$ до $61,76 \pm 18,86$ ($p = 0,01$) и через 1 мес – до $55,88 \pm 19,05$, по шкале «ролевая деятельность» – с $22,05 \pm 39,41$ до $48,52 \pm 42,72$ ($p = 0,02$) и далее – до $58,82 \pm 39,47$ ($p = 0,02$), по шкале «жизнеспособность» – с $50,88 \pm 15,83$ до $59,7 \pm 11,92$ ($p = 0,03$) и в отставленном периоде – до $61,17 \pm 13,52$ ($p = 0,01$). По шкале «психическое здоровье» достоверный прирост отмечен через 1 мес после тренировок с $60,47 \pm 16,49$ до $65,88 \pm 11,92$ ($p = 0,02$). В группе контроля достоверных результатов по оценочным шкалам опросника SF-36 не получено. Не выявлено существенных побочных эффектов и провокации ангинозных приступов при проведении процедур ИГГТ. Заключение. Проведение курса индивидуализированных пассивных (без сочетания с физическими нагрузками) интервальных гипоксически-гипероксических тренировок у пожилых больных ИБС, получающих медикаментозную терапию, приводит к улучшению переносимости физических нагрузок, субъективного восприятия пациентами КЖ, а также психологического состояния и удовлетворенности лечением. Выявленные эффекты сохранялись через 1 мес после проведения курса ИГГТ. Применение ИГГТ у пожилых больных безопасно, что особенно важно для пациентов данной категории. Требуется проведение дополнительных, более масштабных исследований сохранения позитивных эффектов ИГГТ в динамике наблюдения пациентов.

*Работа поддержана грантом РГНФ № 17-06-00784 «Качество жизни пожилых больных с сердечно-сосудистой патологией: влияние процедур адаптации к интервальной гипоксии-гипероксии».

Эпидемиологические характеристики и качество жизни больных остеопорозом, перенесших перелом проксимального отдела бедра по результатам клинко-популяционного исследования

Закроева А.Г., Гмызин А.С., Гладкова Е.Н., Малинкин А.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
Верхнепешминская центральная городская больница
им. П.Д. Бородина, Екатеринбург*

Цель работы – рассчитать показатели инцидентности переломов шейки бедра и проанализировать качество жизни у больных остеопорозом, перенесших перелом проксимального отдела бедра (ППОБ), наблюдающихся в общей врачебной практике промышленного города. Материалы и методы. В четко очерченной популяции российской промышленного региона, где внедрен новый алгоритм оказания помощи при остеопорозе, было определено число ППОБ, рассчитаны показатели их инцидентности, а также проанализированы качество жизни и ряд

клинических характеристик у женщин с осложненным остеопорозом. Результаты. Изучаемой популяцией было население городских округов Среднеуральск (23 087 человек) и Верхняя Пышма (81 530 человек), в которых внедрен новый алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ППОБ, с января 2016 г. все случаи обращений за медпомощью (амбулаторной и стационарной) вносятся в единый реестр. Из этого реестра нами были отобраны все случаи остеопороза среди лиц старше 50 лет, кодирующиеся S72.0, S72.1 за период 2016 г. Инцидентность ППОБ была рассчитана для лиц обоего пола в группах с 5-летним возрастным интервалом. Общая инцидентность остеопорозных ППОБ у лиц старше 50 лет составила 201,4 на 100 тыс. (у женщин и мужчин – 227 и 159,1 на 100 тыс. соответственно). Инцидентность возрастала с возрастом в экспоненциально как среди мужчин, так и среди женщин. Среди больных остеопорозом, перенесших ППОБ, в течение года умерли 19,8 %. Показатели качества жизни у обследованных в нами больных осложненным остеопорозом (опросник SF-36) были ожидаемо снижены относительно среднепопуляционных, особенно по шкале физического функционирования (медиана 17 баллов) и общей самооценки здоровья его перспектив (шкала GH 44 балла).

Вывод. Выявленная нами высокая инцидентность ППОБ, как наиболее драматичного проявления остеопороза, экспоненциальный рост ее с возрастом как среди мужчин, так и женщин, высокая смертность в данной группе больных, и низкие показатели качества жизни живых пациентов, перенесших ППОБ, соответствовали показателям частоты остеопорозных ППОБ, рассчитанным в других регионах России в эпидемиологических исследованиях высокого качества и свидетельствовали о высоком бремени остеопороза в регионе.

Психосоциальные аспекты основных хронических неинфекционных заболеваний: популяционное исследование и подготовка специалистов в системе НМО в Уральском государственном медицинском университете

Закроева А.Г., Максимов Д.М., Богданова Л.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

По результатам анализа, проблемы на клиническом и популяционном уровнях разработаны программы обучения в системе НМО и оценена их эффективность. Дизайн и этапы исследования:

1. Сравнительное одномоментное популяционное исследование на простых случайных выборках Свердловской области. Оценка информированности жителей об имеющемся заболевании и их способности к идентификации психических расстройств. Анализ качества жизни (КЖ) и его ассоциаций с психосоциальными факторами (927 человек).
2. Исследование больных первичного звена (269 человек).
3. Анализ амбулаторных карт пациентов терапевтического врачебного участка (1200).
4. Изучение клинического опыта терапевтов (149 человек).
5. Разработка образовательных программ и оценка их эффективности (147 человек).
6. Оценка мнения пациентов о качестве их взаимодействия с врачом, доступности и качестве медицинской помощи после обучения последних (202 человек).

Результаты. Жителей города и села характеризовал высокий уровень когнитивных расстройств (17,6 % среди лиц старше 50 лет), симптомов тревоги (36,9 %) и депрессии (42,3 %) (опросники MMSE, GHQ-12, GSAD).

Более высокий уровень проблем психического здоровья был среди женщин среднего и пожилого возраста, ассоциирован с наличием сердечно-сосудистых заболеваний и ожирением. Уровень курения достигал 93,4 % среди молодых городских мужчин. Частота вероятного злоупотребления алкоголем была выше на селе, где, согласно анкете CAGE, составила 25,9 %. Частота курения и злоупотребления алкоголем не зависели от большинства социодемографических детерминант, соматического и психического здоровья. Низкая самооценка здоровья ассоциировалась с наличием патологической тревоги и депрессии, «продвинутых» стадий ХНИЗ, ожирением. При этом курение и злоупотребление алкоголем не ухудшали самооценку здоровья. Информированность о наличии повышенного АД среди жителей в популяции с выявленной АГ была 29,5 %. Обследованных лиц характеризовала также невысокая способность к идентификации различных психических расстройств. У пациентов из первичного звена была зафиксирована более высокая частота проблем психического здоровья, большая нагрузка поведенческими ФР, более выраженные клинические проявления проблем психического здоровья, а также, предположительно, большая степень коморбидности ХНИЗ с другой патологией. Психосоциальные аспекты ХНИЗ были малоизвестны терапевтам первичного звена, выявляемость ими поведенческих рисков и проблем психического здоровья была неудовлетворительной, а качество взаимодействия с пациентами низким. Нами были разработаны и реализованы образовательные программы в рамках НМО (уровень специалитета, ординатуры, ПП, модульные программы ДО на основе методических материалов CINDI и образовательной программы Всемирной психиатрической организации Educational Programme on Depressive Disorders для непсихиатров. Результаты их реализации свидетельствовали об изменении подхода к ведению пациентов с проблемами психического здоровья, нездоровыми формами поведения и коморбидными ХНИЗ более чем у половины врачей в сторону целостной оценки каждого клинического случая, что сопровождалось улучшением качества взаимодействия с пациентами.

Структурно-функциональные изменения щитовидной железы у лиц с ишемической болезнью сердца на фоне терапии амиодароном

Захарова Е.Г., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Ляпкина Н.Б., Макеева Т.Г.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Цель исследования – изучить характер нарушений функции и структуры щитовидной железы (ЩЖ) при приеме амиодарона у пациентов с ИБС и различными нарушениями ритма сердца (НРС).

Материалы и методы. Проведен анализ 906 историй болезни больных ИБС, находившихся на лечении в специализированном кардиологическом отделении госпиталя с 2015 по 2016 г. У 712 (78,6 %) больных (580 мужчин, 132 женщины) имели место НРС. Всем больным, наряду с общеклиническим исследованием, оценивалась функция и структура ЩЖ (ТТГ, свободный Т4, УЗИ ЩЖ).

Результаты. Из 712 больных, имевших различные НРС (суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия, желудочковая тахикардия), 413 (58 %) пациентов принимали амиодарон для контроля синусового ритма более 6 мес в дозе не менее 200 мг/сут. Средний возраст этих пациентов составил $68,2 \pm 12,2$ года. У 32 больных (7,8 %) на фоне приема препарата, развился амиодарон-ассоциированный тиреотоксикоз (ААТ), а у 11 пациентов (2,6 %) – амиодарон-ассоциированный гипотиреоз.

Кроме того, у 3 (0,5 %) обследованных имело место изолированное повышение уровня свободного Т4 до 18,1 пмоль/л при нормальном уровне ТТГ (1,8 МЕ/л), что потребовало лишь динамического наблюдения без отмены препарата. У 2 (0,5 %) больных на фоне приема амиодарона (длительность терапии более 1 года в дозе 300 мг/сут) констатировалось развитие «амиодаронового легкого», а еще у 1 (0,2 %) – аллергической реакции в виде отека Квинке на парентеральное введение амиодарона. Из 32 больных с ААТ у 22 (68,8 %) по данным УЗИ не было выявлено какой-либо структурной патологии ЩЖ. В то же время, у 8 (25,0 %) обследованных этой группы диагностировался мелкоузловой эутиреоидный зоб, а еще у 2 (6,2 %) пациентов – хронический аутоиммунный тиреоидит. Вышеуказанные гормональные нарушения потребовали медикаментозного лечения: при развитии ААТ – назначения тиреостатиков и отмены амиодарона, при диагностике гипотиреоза – заместительной терапии, при этом амиодарон не отменялся. Следует отметить, что структурные изменения ткани ЩЖ в виде узлового зоба диагностировались у 212 (51,3 %) больных, получавших амиодарон. За период наблюдения нового образования узлов в ткани ЩЖ не отмечено. У 3 (0,7 %) пациентов с узловым зобом развился субклинический гипотиреоз, не потребовавший заместительной терапии и отмены амиодарона, в остальных случаях констатировался эутиреоз. Выводы. Нарушения функции ЩЖ у больных ИБС и НРС на фоне терапии амиодароном развиваются в 10,9 % случаев, преимущественно у лиц старших возрастных групп, с интактной ЩЖ, при этом длительность терапии амиодароном составляла более 6 мес в среднетерапевтической суточной дозировке. Появление новых структурных изменений ЩЖ на фоне терапии амиодароном не отмечено.

Изучение влияния синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани на течение варикозной болезни вен нижних конечностей

Захарьян Е.А.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского;

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь

Патология сердечно-сосудистой системы по распространенности сохраняет за собой лидирующие позиции несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении заболеваний. Среди патологических процессов данной группы относительно небольшой процент занимает патология вен. В последнее время особое внимание обращено на наследственный характер большинства случаев заболевания, а именно – на дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Цель исследования – анализ влияния недифференцированной ДСТ на течение варикозной болезни вен (ВБВ) нижних конечностей на основании комплексной оценки фенотипических, биохимических и иммуногистохимических особенностей.

Материалы и методы. В исследование включены 211 больных ВБВ нижних конечностей в возрасте от 16 до 74 лет. Больные были разделены на 2 группы: с минимальным количеством признаков ДСТ (группа 1 – 97 человек) и с явными проявлениями данного синдрома (группа 2 – 114 человек). Проведено комплексное обследование пациентов с использованием фенотипических карт, биохимических, гистохимических и иммуногистохимических методов исследования. Выделен ряд фенотипических признаков ДСТ, которые чаще встречаются при прогностически тяжелых формах ВБВ нижних конечностей с быстрой

сменой стадий заболевания, образованием трудно поддающихся лечению трофических язв, частым возникновением рецидивов. В группе 2 отмечалось достоверное увеличение количества фенотипических признаков по мере нарастания тяжести ВБВ. При анализе изучавшихся показателей метаболизма соединительной ткани у больных с ВБВ нижних конечностей нами установлено достоверное увеличение содержания общего оксипролина (ОП) сыворотки крови в группе 2 по сравнению с группой 1, на 56,2 %, преимущественно за счет свободного ОП. При анализе метаболизма соединительной ткани в зависимости от степени хронической венозной недостаточности установлено достоверное увеличение содержания всех фракций ОП в сыворотке крови и моче по мере увеличения тяжести заболевания. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании были обнаружены такие особенности структур вены и кожных покровов в группе 2: гипотрофия гладкомышечных волокон вен нижних конечностей; участки гипертрофии эндотелиального и подэндотелиального слоев вены; деформация и склероз стенки вены; усиление экспрессии коллагена 1-го типа в отдельных волокнах дермы и снижение коллагена 3-го типа у больных с выраженной ХВН; дистрофия эпидермиса кожи; деформация коллагена в дерме на фоне гипотрофии участков зернистого слоя; нарушение сосудистой проницаемости; периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация в дерме. Выводы. Анализируя взаимосвязи между изменениями обмена соединительной ткани, иммуногистохимическими особенностями и признаками ДСТ у больных ВБВ нижних конечностей, получены данные, подтверждающие возможность патогенетической роли нарушений метаболизма соединительной ткани в развитии данной патологии. Это может иметь прогностическое значение и определять интенсивность терапии и в целом лечебную тактику.

Сравнение клинической эффективности дозированных аэрозольных ингаляторов бекламетазона при бронхиальной астме у пожилых

Зиц С.В., Курная И.В., Ахметов И.Р., Максимова А.В., Сарманов С.Х.

Научно-исследовательский институт физико-химической медицины Росздрава, Центральная поликлиника № 72 МЧС России, Москва

Цель работы – изучить влияние способа доставки бекламетазона на приверженность к лечению и показатели качества жизни пожилых больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Обследованы 44 больных БА средней и тяжелой степени тяжести – 6 мужчин и 38 женщин, возраст $69,8 \pm 1,17$ года, давность заболевания $13,7 \pm 1,69$ года, продолжительность базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами $6,1 \pm 0,68$ года ($M \pm m$). В течение последнего года 17 больных получали бекламетазон, дозируемый путем нажатия на клапан дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ), а 27 – ДАИ в форме Easy Breathe, автоматически активируемого во время вдоха пациента. Дозы бекламетазона, индивидуально подобранные на основании клинической картины, спирометрии и АСТ (Asthma Control Test, Nathan R.A. et al., 2004) составили 600–1000 мкг/сут. По протоколу Medical Outcome Study Short Form – 36 (SF-36) исследовали физический и психологический компоненты здоровья. На основании записей в амбулаторной карте и анамнеза оценивали комплаенс и частоту госпитализаций в течение года.

Результаты. Отмечены некоторые преимущества бекламетазона «Легкое дыхание» по сравнению с ДАИ, активируемым нажатием на клапан баллончика: у больных БА установлены положительный комплаенс у 11

(40,7 %) против 4 (23,5 %), показатели физического компонента здоровья $45,0 \pm 1,79$ против $36,5 \pm 2,55$ ($p < 0,02$), психологического компонента – $47,3 \pm 1,45$ и $41,8 \pm 2,22$ баллов ($p < 0,05$); меньшая частота госпитализаций – 7,4 и 11,8 % соответственно. Однако полный контроль над БА (25 баллов по данным АСТ) был достигнут лишь у 2 из обследованных больных, причем, в обоих случаях применялся «обычный» ДАИ бекламетазона, активируемый нажатием на клапан.

Выводы. Бекламетазон «Легкое дыхание» может быть персонализированным средством выбора для базисной противовоспалительной терапии у пожилых больных БА.

Прогностическая значимость впервые возникшей инсульт-ассоциированной фибрилляции предсердий

Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Дупляков Д.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель исследования – изучить выживаемость и смертность у пациентов с ФП, впервые зарегистрированной в остром периоде инсульта.

Материалы и методы. Исследование «АПОЛЛОН» (Антикоагулянтная терапия у ПациентОв с фибрилЛяцией предсердий, перенесших кардиоЭмболический иНСульт) являлось открытым, проспективным исследованием. За период с 01.10.2013 по 31.03.2015 в исследование был включен 1291 пациент, из них критериям включения (исключения) удовлетворял 661 пациент, перенесший инсульт. Все данные вносились в электронные индивидуальные регистрационные карты для каждого пациента. Период наблюдения составил 12 мес.

Результаты. Исходные клинико-демографические данные всех пациентов с ФП, перенесших инсульт, а также пациентов с впервые выявленной ФП (вФП) отражают высокий уровень коморбидности (АГ у 100 % пациентов, ИБС – у 61,4 % больных, сахарный диабет (СД) – у 52,3 %, хроническая болезнь почек (ХБП) – у 32,1 %). Пациенты с вФП были сопоставимы со всей группой по возрасту, показателю шкалы HAS-BLED, частоте встречаемости АГ, ИБС, но среди них статистически значимо было больше женщин, отмечена менее выраженная тяжесть неврологического дефицита, а также достоверно чаще встречались пациенты с ХБП, СД и ИМ. В общей группе пациентов с инсультом и ФП годовая смертность составила 16,0 %. В группе пациентов с вФП в течение года умерли 46 больных (29,9 %), что статистически значимо ($p < 0,001$) выше, чем в целом по группе больных. Умершие пациенты с вФП были достоверно старше по возрасту ($71,72 \pm 6,65$ года против $65,80 \pm 6,14$ года по сравнению с живыми пациентами), а также имели более выраженную степень неврологического дефицита по шкале NIHSS ($8,26 \pm 1,39$ балла против $6,47 \pm 1,38$ балла). При этом достоверных различий по риску кровотечений (по шкале HAS-BLED) отмечено не было ($2,13 \pm 0,89$ и $2,28 \pm 0,94$ балла), т. е. они могли принимать антикоагулянтные препараты. В целом по группе по шкале HAS-BLED показатель составил $2,23 \pm 0,92$ балла.

Заключение. Термин «впервые возникшая инсульт-ассоциированная ФП» имеет свою логически обоснованную дефиницию с учетом того, что у исследованных нами пациентов время появления клинических признаков инсульта (подтвержденного при нейровизуализации) совпало с временем развитием приступа ФП. Важность выделенной нами формы ФП, имеет неограниченное прогностическое значение, так как в течение 1-го года после перенесенного тромбоземболического события в этой группе больных показатель смертности крайне высок и составляет 29,9 %.

Оксигенация мембран эритроцитов и параметры микроциркуляции у коморбидных больных с фибрилляцией предсердий

Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Дупляков Д.В., Лимарева Л.В., Сустретов А.С.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель работы – изучить параметры оксигенации мембраны эритроцитов во взаимосвязи с показателями микроциркуляции у пациентов с ФП.

Материалы и методы. Проведено одномоментное (cross-sectional) исследование с последовательным включением больных с неклапанной ФП, перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ) – основная группа (n = 50); группа контроля (n = 50) – лица с аналогичными клинко-демографическими параметрами, но без ФП и КЭИ. Изучение морфофункциональных параметров мембран эритроцитов, отражающих уровень оксигенации, проводили с помощью метода лазерной интерференционной микроскопии (ЛИМ), являющегося неинвазивным методом получения высококонтрастных изображений биологических объектов, не требующим предварительной фиксации и окраски, что позволяет количественно оценивать оптические свойства нативной клетки. Измеряли следующие параметры: максимальная (dY1) и минимальная (dY2) фазовая высота клетки. Вычисляли коэффициент оксигенации эритроцита, как отношение минимальной фазовой высоты к максимальной (dY2/dY1). В группе контроля нами установлены нормированные размеры для: dY1 от 120,0 до 155,0 нм; dY2 от 10,0 до 38,0 нм; dY1/ dY2 от 0,085 до 0,2. Изучение параметров микроциркуляции (МЦ) проводили с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Результаты. Установлены изменения морфологических свойств мембран эритроцитов с их множественными деформациями и повышением агрегации эритроцитов у пациентов с ФП, перенесших КЭИ. Отмечены статистически значимые различия в 1-й и 2-й группах больных, отражающие отрицательные показатели МЦ с нарушениями эндотелиальной, нейрогенной и миогенной регуляцией микрососудистого тонуса с низким индексом относительной перфузионной сатурации кислорода в микрокровотоке. Полученные данные позволяют говорить, что у пациентов с ФП имеют место выраженные нарушения микроциркуляции с формированием «жестких» эритроцитов, что усугубляет процессы ишемии органов и тканей и повышает риск развития тромбоэмболических осложнений и смертности.

Проектное управление: региональный опыт отраслей здравоохранения и социальной защиты

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

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

На современном этапе развития системы здравоохранения и социальной сферы Белгородской области проектное управление является основным драйвером происходящих процессов. Одной из особенностей проектного управления в данном контексте является объединение воедино текущей деятельности (линейного управления), которая в среднем в структуре сфер здравоохранения и социальной защиты населения занимает 80 %, и деятельности непосредственно направленной на развитие (целевых

проектов), на долю которых приходится около 20 %. Это соотношение нашло отражение в Стратегии развития Белгородской области до 2025 г. и в отраслевых программах развития (в текущем году в соответствующие разделы внесены изменения в виде фиксации конкретных проектов). Ключевые проекты прошли стадию широкого обсуждения и вошли в портфель проектов на 2017 г., который на сегодняшний день содержит 39 проектов Департамента здравоохранения и его подведомственных структур, из них 25 – в сфере здравоохранения, 11 – социальной защиты населения, 2 – органов регистрации актов гражданского состояния и 1 – архивного дела. Более половины проектов в портфеле – многоуровневые и межведомственные, в их реализации принимают участие представители органов исполнительной власти области и муниципальных образований, бизнес-структур, общественных организаций. Подобный подход позволяет более эффективно аккумулировать различные ресурсы для достижения общих целей. В регионе создана системная модель управления проектами, которая строго регламентирована, процедурно управляема, кадрово, нормативно и методически обеспечена (создана система профессиональной подготовки проектных специалистов, разработаны шаблоны документов и набор проектного инструментария). Модель концептуально структурирована: созданы и функционируют проектные офисы (т. е. подразделения) на 3 уровнях – стратегического управления (региональный) (управление проектам в департаменте внутренней и кадровой политики), оперативного управления (муниципальный (управления), отраслевой (отделы) и учреждений, организаций (в настоящее время активно развивается)). Проектные офисы выполняют базовые и расширенные функции, в зависимости от задач, которые перед ними поставлены. Впервые в сфере здравоохранения для удобства и комплексности мониторинга работ проекта Департаментом здравоохранения было предложено оценивать результативность по 3 группам требований к предоставлению первичной медико-санитарной помощи (к ее условиям, содержанию и результату). Технология «три Т» удобно интегрируется в основу проектного управления уже начиная с формулировки цели любого проекта, которая, согласно определению, должна быть конкретной, измеримой, понятной и достижимой при заданных ограничениях. С учетом трех «Т» в ходе проекта осуществляется и мониторинг, и контроль эффективности изменений (налажена обратная связь с медицинским сообществом, в том числе в режиме видео-конференц связи; осуществляются контрольные выезды в муниципальные районы межведомственной рабочей группой под руководством заместителя председателя общественного совета при Департаменте здравоохранения). Такой вертикальный и горизонтальный подход по единым требованиям позволяет «ничего не упустить». Данная технология удачно апробирована на примере масштабного регионального проекта «Управление здоровьем», красной нитью прошедшего через практически все подпрограммы государственной программы развития здравоохранения, направленного на совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи и формирование у жителей региона ответственного подхода к собственному здоровью. В начале текущего года Департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области при формировании портфеля проектов на 2017 г. была впервые использована такая форма групповой работы, как стратегическая сессия. Результатом работы сессии стала инициация проектов по 8 приоритетным направлениям: развитие кардиологической, онкологической, стоматологической служб, службы родовспоможения, снижение бумажного документооборота в медорганизациях, совершенствование лабораторной службы, бережливая поликлиника и стимулирование рождаемости. Общим итогом работы регионального здравоохранения в 2016 г. стало увеличение продолжительности жизни населения по отношению к предыдущему периоду на 0,46 года, которая достигла 72,87 года (РФ – 71,87 года, ЦФО – 73,07 года) и стабилизация показателей смертности (13,9 на 1000 населения).

Мнение терапевтов о выявлении сосудистых заболеваний хирургического профиля

Зубко А.В.

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва

В РФ в рамках федеральных программ снижения сердечно-сосудистой смертности развернута сеть сосудистых центров с оказанием помощи, преимущественно с использованием интервенционных методов диагностики и лечения. Эндovasкулярные вмешательства являются наиболее эффективным методом хирургического лечения окклюзирующих заболеваний артерий нижних конечностей в случае их своевременного выявления. Однако в большинстве случаев сосудистые заболевания хирургического профиля выявляются на поздних стадиях. Смертность от них растет на фоне снижения общей сердечно-сосудистой смертности. Своевременность выявления этих заболеваний определяется информированностью врачей первичного звена о методах их диагностики. Цель исследования – определить уровень осведомленности терапевтов о методах диагностики сосудистых заболеваний хирургического профиля и их мнение о практике выявления этих заболеваний.

Материалы и методы. На основе результатов анкетных опросов сравнили мнения терапевтов (911 анкет) и сосудистых хирургов (217) о сложившейся практике выявления сосудистых заболеваний хирургического профиля. Результаты. Терапевты оценивают периоды от появления симптомов сосудистого заболевания до обращения к врачу и затем до постановки диагноза менее длительными, чем хирурги (1–3 мес против 3–6 мес и менее 1 мес против 3–6 мес соответственно). Выявлена статистически значимая зависимость ответов на этот вопрос от стажа работы терапевтов, но не хирургов. Терапевты со стажем чаще указывали более длительные сроки (свыше 6 мес) обращения к врачу по поводу сосудистых заболеваний после появления первых жалоб ($\chi^2 = 11,99$; $p = 0,017$) и более длительные сроки от момента обращения до начала лечения пациентов ($\chi^2 = 9,66$; $p = 0,047$). У терапевтов наиболее частый ответ на вопрос «Какова доля пациентов с заболеваниями сосудов хирургического профиля (лечащихся консервативно), которым может понадобиться хирургическое лечение в течение ближайшего года?» была оценка этой доли 10–15 %, у сосудистых хирургов 35–50 %. По мнению 92,6 % терапевтов, более чем в половине случаев выявление заболеваний происходит в ходе профильного обследования по соответствующим жалобам пациентов, а не по поводу других заболеваний, с чем не согласны 88,0 % хирургов. При этом 28,5 % терапевтов указали, что типичным способом установления диагноза заболеваний сосудов хирургического профиля являются опрос пациента или рентгенологическое исследование. Специалисты со стажем значительно реже указывали в ответах УЗИ как основной способ установления диагноза сосудистых заболеваний и значительно чаще – опрос пациента ($\chi^2 = 20,75$; $p < 0,001$). При наличии первичных жалоб по сосудистому профилю лишь 52,6 % терапевтов направляют пациентов на инструментальное обследование артерий нижних конечностей с частотой 50 % или выше, а 24,3 % терапевтов – с частотой не более 25 %. При этом 83,9 % сосудистых хирургов пребывают в уверенности, что частота направлений на инструментальное обследование в таких случаях составляет более 50 %. Терапевты со стажем существенно чаще своих молодых коллег указывали максимальную и минимальную частоты таких направлений ($\chi^2 = 16,77$; $p = 0,010$). Большинство терапевтов (не зависимо от стажа работы) указали на возможность улучшения состояния пациентов с заболеваниями сосудов хирургического профиля в результате консервативного лечения с частотой 10–15 %, тогда как большинство хирургов указали частоту 25–35 %. Те терапевты, которые

чаще всего направляли пациентов с соответствующими симптомами на инструментальное обследование, более оптимистично смотрели на вероятность улучшения состояния таких пациентов, чем терапевты, направляющие их на обследование в 15 % случаев и реже ($\chi^2 = 5,76$; $p = 0,016$). По-видимому, врачи, редко отправляющие на обследование пациентов с жалобами по сосудистому профилю, плохо знакомы со спецификой сосудистых заболеваний хирургического профиля.

Выводы. Терапевты плохо знакомы с методами выявления сосудистых заболеваний хирургического профиля и с показаниями к хирургическому лечению при заболеваниях периферических артерий. По мере накопления опыта терапевты все больше связывают задержку с выявлением сосудистого заболевания хирургического профиля с поздним обращением пациентов за медицинской помощью. Сосудистые хирурги имеют дело с выборкой лиц, страдающих сосудистыми заболеваниями хирургического профиля, которые характеризуются более добросовестным отношением к собственному обследованию и лечению, а также, которые обращались к более компетентным в области сосудистых заболеваний терапевтам.

Индекс микроальтернатив «миокард»: влияние пола, возраста и частота нормальных значений при скрининговых обследованиях населения

Иванов Г.Г., Буланова Н.А., Щелькалина С.П., Николаев Д.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации, Российский университет дружбы народов, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель работы – изучить зависимость значений индекса «Миокард» (ИММ), показателя дисперсионного картирования (ДК) ЭКГ, применяющегося при скрининговых обследованиях населения, от пола и возраста и распространенность разных значений этого индекса (до 15 % – норма, 15–21 % – пограничные значения, более 21 % – патология) на выборке посетителей центров здоровья (ЦЗ).

Материалы и методы. Анализированы данные 537 820 посетителей из 25 регионов РФ, которым были проведены ДК ЭКГ, антропометрия, измерение АД, уровня глюкозы и холестерина в капиллярной крови, оценка распределения по интервалам значений ИММ (до 15 %, 15–21 %, более 21 %). Для определения половозрастной изменчивости ИММ были построены центильные таблицы. Результаты показали, что значения ИММ у большинства обследованных практически не изменяются с возрастом, так как возрастные колебания медианного значения не превышают 2,3 % ИММ у мужчин и 1,8 % ИММ у женщин. Зависимость значений ИММ от пола выражена слабо и для общей выборки посетителей ЦЗ, и для группы условно здоровых: значения 25-го и 75-го процентилей для мужчин и женщин практически совпадают, максимальные различия не превышают 0,8 % ИММ. Большинство посетителей ЦЗ (85–90 %) имели нормальные значения ИММ. Наибольшая распространенность значений ИММ этого диапазона отмечалась в возрасте 15–55 лет, затем уменьшалась с возрастом как у мужчин, так и у женщин. Распространенность пограничных значений ИММ в диапазоне 15–21 % постепенно увеличивалась начиная с возраста 35 лет. Наименьшая доля посетителей ЦЗ (менее 20 %) имела значения ИММ более 21 %. До 29 лет количество таких посетителей составило менее 1 %, а к возрасту от 80 лет и старше возросло до 13,3 % у женщин и 16,2 % у мужчин. Увеличение количества посетителей с ИММ более 21 % начиналось с 50-летнего возраста и в большей степени

было выражено у мужчин. В процессе поиска причин этой зависимости в вышеуказанных диапазонах значений ИММ было изучено распределение численностей посетителей со следующими факторами риска развития неинфекционных заболеваний: повышенным АД, гиперхолестеринемией, ожирением, гипергликемией. Результаты показали, что для каждого из оцениваемых факторов риска доля посетителей ЦЗ возрастала с увеличением значений ИММ и была максимальной в группе с ИММ от 22 % и выше.

Выводы. Зависимость ИММ от возраста и пола практически отсутствует, поэтому построение половозрастных критериев ИММ не требуется. Существует возрастная зависимость распространенности диапазонов значений ИММ – «норма», «пограничные значения» и «патология»: распространенность патологических и пограничных значений ИММ увеличивается с 55 лет и 35 лет соответственно. Одновременно наблюдается снижение доли посетителей с нормальными значениями ИММ. Доля посетителей с ФР развития неинфекционных заболеваний максимальна у тех, чьи значения ИММ относятся к «патологии» и минимальна в диапазоне значений «нормы».

Благодарность. Работа выполнена при частичной поддержке Российского научного фонда (грант № 14-15-01085, рук. В.И. Стародубов).

Взаимосвязь ожирения с социальным статусом и сопутствующей соматической патологией у беременных (анализ данных регистра БеРеГ)

Иванова Е.Ю., Филиппова М.П., Стрюк Р.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель работы – анализ частоты ожирения и связанных с ним сопутствующих заболеваний у беременных различных социальных групп в реальной клинической практике по данным наблюдательного исследования – регистр «БеРеГ».

Материалы и методы. Наблюдательное (когортное) исследование «Оценка клинического состояния беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в течение гестации, в родах, раннем послеродовом периоде и через 12 мес после родов, а также анализ перинатальных исходов, состояние плода, новорожденного и качества лечения этих пациенток» – регистр «БеРеГ» проведено в Тульском областном перинатальном центре в период с 01.01.2014 по 31.12.2014. В регистр было включено 3214 женщин в возрасте 28 (16; 33) лет.

Результаты. На момент вступления в беременность избыточная масса тела/ожирение были диагностированы у 761 (24,7 %) человек, при этом служащие (268, 35,2 %), рабочие (256, 33,6 %) и домохозяйки (218, 28,6 %) с данной патологией встречались примерно с одинаковой частотой, в то время как доля студенток и учащихся была минимальной (20, 2,6 %). По возрасту первые 3 группы женщин существенно не различались между собой (30 (27;35); 31 (27;36) и 28 (23;34) лет соответственно) и были достоверно старше студенток и учащихся (20 (18;30) лет). Обращает внимание, что число родов в первых 3 группах наблюдения было примерно одинаковым (1-е роды – 78/29,3 %, 44/20,4 %; 60/23,5 % соответственно; 2-е роды – 81/30,4 %, 65/25,5 %, 58/26,8 % соответственно; 3-и 44/16,4 %, 54/21,1 %, 34/15,6 % соответственно и 4-е и более 64/23,9 %, 76/29,9 %, 81/37,4 % соответственно). Среди студенток/учащихся данные роды были первыми. Курили чаще домохозяйки (49/22,5 %) и рабочие (43/16,8 %), реже – служащие (25/9,4 %), единичные студентки признали факт курения. Из сопутствующих заболеваний с одинаковой частотой во всех 3 группах имела место гипертоническая болезнь (ГБ) (39/14,5 %,

40/15,8 %, 24/11 % соответственно), сахарный диабет почти в 2 раза чаще встречался среди служащих (59/22 %) и рабочих (51/19,9 %) по сравнению с домохозяйками (28/12,8 %), в то время как патологии других органов и систем (желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, анемия) встречались достаточно часто и в равном проценте случаев во всех 3 группах наблюдения (161/60 %, 159/62 %, 127/58,3 % соответственно). Среди осложнений беременности преэклампсия (26/9,9 %, 32/12,7 %, 22/10 %) и гестационная АГ (21/7,9 %, 27/10,6 %, 14/6,4 % соответственно) были диагностированы достаточно часто и не зависели от социального статуса пациенток. В группе студенток/учащихся все женщины были практически здоровы и без осложнений в течение беременности.

Выводы. На момент вступления в беременность избыточная масса тела/ожирение встречается у ¼ женщин: чаще среди служащих, в то время как курили чаще домохозяйки и рабочие. Любая сопутствующая ожирению соматическая патология имела место почти у 60 % женщин независимо от их социального статуса. Среди сопутствующих заболеваний более чем у 14 % женщин всех 3 групп диагностирована ГБ, почти у ¼ сахарный диабет – чаще среди домохозяек и служащих. Беременность более чем у 10 % женщин первых 3 групп осложнилась преэклампсией и в меньшем проценте случаев гестационной АГ.

Смещение приоритетов профилактики в интересах пациента

Иванова Н.А., Шумова А.Л., Зайцев Д.В., Гущина Е.Н.

Рязанский медицинский колледж, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

Изучение причин ухудшения состояния пациентов с гипертонической болезнью и модели самопомощи являются приоритетными направлениями для разработки профилактических стратегий у данной группы больных. Цель исследования – изучение причин ухудшения состояния здоровья у пациентов с гипертонической болезнью, повлекшее за собой необходимость оказания экстренной медицинской помощи и госпитализации. В рамках исследования был проведен опрос 50 пациентов, страдающих гипертонической болезнью (27 женщин и 23 мужчин, возраст $57,6 \pm 0,2$ года) и госпитализированных по поводу гипертонического криза. Вопросы для анкетирования включали как причины ухудшения состояния, так и обученность пациентов правилам приема лекарственных средств, самоконтролю и самооценке состояния. Результаты исследования показали, что 92 % опрошенных были обучены медицинскими работниками правилам самоконтроля состояния и самопомощи. При этом владение методами самоконтроля (наличие тонометра и регулярный контроль показателей АД) отметили 90 %, знание лекарственных препаратов и режима их приема – 84 %, самопомощь при ухудшении состояния могут оказать себе 46 %. Причинами ухудшения состояния 60 % опрошенных указали бытовую физическую нагрузку и психоэмоциональный стресс. Нарушение режима приема лекарств, как причину ухудшения состояния, отметили 4 % опрошенных, 36 % затруднились ответить. Таким образом, при обучении пациентов медицинские работники делают акцент на самоконтроль состояния и соблюдение режима приема лекарственных препаратов, что создает у пациентов ложное ощущение достаточной грамотности в вопросах оказания самопомощи. Однако исследование показало, что ведущую роль в развитии неотложных состояний играют ФР, которые резко повышают нагрузку на сердечно-сосудистую систему и превышают индивидуальные адаптационные возможности больного. Поэтому в стратегии формирования профилактических программ должно произойти смещение приоритетов с учетом специфических поведенческих

задач. Потребуется перестройка деятельности медицинского работника, развитие новых навыков с ориентацией на пациента, его индивидуальные особенности, построение партнерских отношений в целях реализации эффективной профилактической стратегии у данной группы больных

Распространенность анемии у пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов

Иванова Ю.И., Чижов П.А.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Цель работы – изучить распространенность анемии у пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение по поводу хронических заболеваний внутренних органов.

Материалы и методы. Обследованы 246 пациентов в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст $64,7 \pm 0,91$ года), из которых 77 мужчин в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст $59,9 \pm 1,59$ года) и 169 женщин в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст $66,9 \pm 1,07$ года). Основную часть обследованных (78,8 %) составили пациенты с заболеваниями органов кровообращения. Больные с патологией органов дыхания составили 3,3 %, с заболеваниями органов пищеварения – 10,2 %, с патологией костно-мышечной системы – 4,1 %, с другими заболеваниями (эндокринные, онкологические, заболевания почек) – 3,6 %. Сочетанную патологию имели 5,6 % больных. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.

Результаты. Из 246 пациентов анемия выявлена у 42 человек, что составляет 17,07 % обследованных больных. У 38 (90,4 %) из 42 пациентов анемия выявлена впервые, 4 пациента имели анамнез анемии от 4 мес до 1 года. Анемия легкой степени была выявлена у 39 пациентов – 92,9 %, средней тяжести – у 2 пациентов, и тяжелой степени – у 1 пациента. Таким образом, у пациентов общетерапевтического стационара преобладает анемия легкой степени тяжести ($p < 0,05$). У 14 пациентов выявлена гипохромная анемия, что составляет 33,3 %, нормохромная анемия диагностирована достоверно чаще – у 66,6 % обследованных (28 пациентов). Необходимо отметить, что только у 8 из 38 пациентов с впервые выявленной анемией был выставлен ее диагноз, назначено дополнительное обследование и лечение. У женщин анемия встречается достоверно чаще. Так, среди женщин анемия выявлена у 35 пациенток – 20,7 %, среди мужчин – у 7 пациентов – 9,09 % больных ($p < 0,05$). Средний возраст пациентов с анемией по группе в целом составил $71,55 \pm 2,13$ года, что достоверно больше, чем у пациентов без анемии $63,3 \pm 0,98$ года ($p < 0,05$). Аналогичное соотношение выявлено в группе женщин. Так, средний возраст женщин с анемией составил $73,08 \pm 2,32$ года, что достоверно больше, чем у пациенток без анемии $65,33 \pm 1,18$ года ($p < 0,05$). У мужчин достоверных различий не получено: средний возраст мужчин с анемией составил $63,86 \pm 4,72$ года, а у мужчин без анемии $59,5 \pm 1,69$ года. Пациенты с анемией имели достоверно более длительный анамнез основного заболевания – $12,64 \pm 1,5$ года, по сравнению с пациентами без анемии – $9,43 \pm 0,57$ года. Проведен анализ встречаемости анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). I стадия ХСН диагностирована у 47 обследованных, анемия в этой подгруппе выявлена у 10,6 % больных. IIA стадия ХСН имела у 38 пациентов, в этой подгруппе анемия выявлена у 15,78 % больных. IIB стадия ХСН установлена у 20 обследованных. Анемия диагностирована у 40 % больных этой подгруппы, что достоверно выше, чем у пациентов с I и IIA стадиями ХСН. III стадия ХСН диагностирована у 3 пациентов, анемия в этой подгруппе выявлена у 1 больного. При

нарастании тяжести ХСН наблюдается снижение содержания гемоглобина в эритроцитах и сывороточного железа. Так, у пациентов с I стадией ХСН уровень сывороточного железа составлял $14,1 \pm 1,97$ мкмоль/л, а у пациентов с IIA стадией – $5,6 \pm 0,9$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах у пациентов с IIA стадией ХСН составляло $30,8 \pm 1,64$ пг, а у пациентов с IIB стадией $25,6 \pm 1,05$ пг ($p < 0,05$). Хроническая болезнь почек является частым осложнением сердечно-сосудистых заболеваний. У обследованных пациентов при наличии анемии выше уровень креатинина, чем у пациентов без анемии – $113,1 \pm 7,7$ и $91,5 \pm 1,97$ мкмоль/л соответственно ($p < 0,05$). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составила $53,0 \pm 4,3$ мл/мин/1,73 м² у пациентов с анемией и $68,5 \pm 1,61$ мл/мин/1,73 м² у пациентов без анемии ($p < 0,05$). При этом среди пациентов с анемией установлены достоверные отрицательные корреляции между уровнем креатинина и количеством эритроцитов (–0,4), СКФ и средним содержанием гемоглобина в эритроците (–0,56), средним объемом эритроцита (–0,52) и средней концентрацией гемоглобина в эритроцитах (–0,47).

Выводы. Выявлена значительная распространенность анемии у пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов. При заболеваниях органов кровообращения распространенность анемии увеличивается с нарастанием тяжести ХСН. Имеет место недооценка практикующими врачами клинического значения анемии легкой степени тяжести, что может способствовать ухудшению качества жизни пациентов, отягощать течение основной патологии и повышать риск летальности у пациентов с хроническими заболеваниями.

Образовательные мероприятия при проведении спирографии на примере пациента с хронической обструктивной болезнью легких

Ивахненко Е.Ф.

Севастопольский противотуберкулезный диспансер, Севастополь

Определяющую роль в формировании приверженности имеют обучающие технологии, т. е. прямая передача информации об использовании препарата во время проведения консультации пациента. Известно, что пассивное выслушивание не способствует разрушению когнитивного диссонанса, возникающего у пациента с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне гипоксии головного мозга, а также стресса от незнакомой, часто враждебной медицинской среды. Для преодоления данной ситуации нами разработана трехуровневая система взаимоотношений, которая способствует интересу больного к исследованию, повышает его значимость в процессе диагностики и преодолевает возможные недостатки использования ингаляционных препаратов.

Первый уровень. Знакомство с пациентом, опрос, сбор жалоб, анамнеза, осмотр пациента, оценка тяжести состояния и возможности использования различных систем ингаляционного оборудования от дозированных ингаляторов, небулайзеров до респиратора. Стоит обратить внимание, что на данном уровне очень важен доброжелательный контакт с пациентом, настраивающий его на позитивный лад, во многом определяющий эффективную возможность следующих этапов. Имеют значение навыки активного слушания, зрительный контакт и минимальные углубления врача в медицинскую документацию. Цель – получение целостной картины заболевания пациента с выделением основных направлений терапии. Второй уровень. В данном случае обследования пациента с предполагаемой ХОБЛ необходимо провести спирографию с оценкой правильности проведения маневра на фоне острой ингаляционной

пробы с бета-2-агонистом быстрого действия – сальбутамолом в до 400 мкг. Данное исследование помогает пациенту переместиться из чисто вербальной системы в кинетическую, а врачу корректировать возможные недостатки и ошибки четкими командами. Полученная ценная информация суммируется в виде протокола, пациент информируется о предварительных результатах, после чего необходим 30-минутный интервал для возникновения ответа на сальбутамол. Пациент не удаляется из кабинета, а наоборот во время записи уточняют данные анамнеза, детали предыдущего лечения и их эффективность.

Третий этап включает проведение постбронходилатационного теста, формирование протокола спирографии и консультации, объяснения рекомендаций врача, ответов на вопросы пациента и назначение даты следующего визита для оценки результатов работы. Недостатком данной системы взаимоотношений пациента и врача является длительность самой консультации, которая может достигать 45–50 мин, но при совмещении стандартов спирографии и первичного осмотра позволяет ускорить общий процесс диагностики и избежать множества ошибок. Необходимость компьютерного спирографа, материалов для проведения спирографического экспресс-теста в виде дозированных ингаляторов сальбутамола, мундштуков, различных ингаляторов и дыхательных устройств, пульсоксиметра и программ для оценки рентгеновских изображений позволяет дополнить классические методы обследования пациентов и добавить точность и информативность в процесс диагностики ХОБЛ.

Особенности антигипертензивной терапии у больных с хронической болезнью почек 5Д стадии, влияние на показатели качества жизни

Иевлев Е.Н., Казакова И.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования – выявить влияние применяемой антигипертензивных терапии у больных с АГ, получающих лечение программным гемодиализом (ГД), на показатели качества жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 185 пациентов с повышенным АД, получавших лечение в отделениях ГД Удмуртской республики. Среди которых 101 мужчина (54,6%) и 84 женщины (45,4%) в возрасте $49,5 \pm 1,0$ года. Длительность диализного периода в среднем составила $5,4 \pm 0,5$ года. Процедуры выполнялись на аппаратах аппаратах Fresenius-4008S (Германия) и В. Braun – Dialog+ (Германия) по 4–4,5 ч 3 раза в неделю. Индекс адекватности Kt/V по мочеvine был выше 1,2 и составил $1,44 \pm 0,08$. Пациенты самостоятельно заполняли специфический опросник качества жизни для больных с хронической болезнью почек (ХБП) 5Д стадии KDQOL-SF™ (Heys R.D., 1994; русификация Васильев И.А., 2006). Комбинированную антигипертензивную терапию, состоящую из 2 препаратов, получали 104 пациента (56,2%): 42 – комбинацию блокатора медленных кальциевых каналов (БКК) и β-адреноблокатора (ББ), 27 пациентов – БКК и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), 19 пациентов – БКК и агонист I1-имидазолиновых рецепторов (АИР), 16 пациентов – ББ и ИАПФ. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием прикладных программ «BioStat» (2009) и Microsoft Excel 2010.

Результаты. Анализируя данные качества жизни по общим шкалам опросника KDQOL-SF™ у пациентов, принимавших комбинированную антигипертензивную терапию, установлены достоверные различия только по шкалам, составляющих ментальный компонент. Высокий уровень данного показателя выявлен в группе, принимавших БКК с

ИАПФ ($43,9 \pm 9,2$ балла, $p < 0,05$) и ББ с ИАПФ ($49,7 \pm 6,2$ балла, $p < 0,05$), при сравнении с данными группы, принимавших БКК с ББ ($35,2 \pm 6,8$ балла). У пациентов, принимавших ББ с ИАПФ, получены достоверные различия с пациентами, принимавшими БКК с ББ ($p < 0,05$) по шкалам: «Эмоциональное благополучие», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Витальность». В этой же группе выявлена тенденция к высоким значениям физической составляющей. В группе принимавших БКК с ИАПФ, наблюдались достоверно высокие значения шкал «Эмоциональное благополучие» ($64,2 \pm 11,7$ балла) и «Эмоционально-ролевое ограничение» ($41,7 \pm 30,2$ балла). В группе принимавших БКК + АИР, выявлены высокие показатели только по шкале «Эмоциональное благополучие» ($61,0 \pm 9,5$ балла). У лиц, принимавших БКК с АИР, значение «Суммарного физического компонента» и «Суммарного ментального компонента» достоверно не отличалось от сравниваемых групп ($41,7 \pm 7,6$ и $45,2 \pm 11,3$ балла, соответственно). При дальнейшей оценке почечно-специфических шкал опросника отмечены высокие уровни у пациентов, принимавших ББ с ИАПФ, преимущественно по шкалам: «Влияние заболевания почек» ($62,2 \pm 14,1$ балла; $p < 0,05$) и «Качество сна» ($73,1 \pm 11,3$ балла; $p < 0,05$). У пациентов БКК с ББ, БКК с АИР, уровень шкалы «Качество сна» составил, соответственно: $45,2 \pm 17,3$ балла, $44,2 \pm 10,1$ балла. Уровень шкалы «Сексуальная функция» составил у пациентов, принимавших БКК с ББ, $89,5 \pm 12,1$ балла; у пациентов, принимавших БКК с ИАПФ, – $75 \pm 12,5$; у пациентов, принимавших БКК с АИР, $75 \pm 12,5$; у пациентов, принимавших ББ с ИАПФ, $68,2 \pm 8,1$ балла ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов с ХБП 5Д стадии выявлены высокие показатели качества жизни при применении комбинации ББ с ИАПФ. В то же время у пациентов, принимавших комбинацию БКК с ББ, в большинстве шкал опросника наблюдаются низкие показатели, но отмечается высокий уровень шкалы «Сексуальные функции». Индивидуализация комбинированной антигипертензивной терапии должна основываться не только на уровнях АД и биохимических параметров, но и на показателях качества жизни.

Изучение зависимости эффективности эрадикационной терапии Helicobacter pylori при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки от исходного состояния микробиоценоза толстого кишечника

Исаев Г.Б., Ибрагимов М.Р., Салимов Т.Г.

Научный центр хирургии им. акад. М. Топчибаева, Баку, Азербайджан

Введение. В настоящее время не вызывает сомнений ведущая роль микроорганизма Helicobacter pylori как этиологического фактора большинства случаев хронического гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Основу медикаментозного лечения данных заболеваний составляет эрадикационная терапия, обычно подразумевающая сочетание ИПП с 2 антибактериальными препаратами, чаще амоксициллином и кларитромицином. Отмечается положительное влияние адьювантной терапии с пробиотиками на эффективность эрадикации. В этой связи представляется важным изучение зависимости эффективности эрадикации от наличия и степени выраженности кишечного дисбактериоза.

Цель исследования – определение влияния кишечного дисбактериоза различной степени тяжести на эффективность эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции 1-й линии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Обследованы 36 больных (22 мужчины и 14 женщин), язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки неосложненного течения в фазе обострения, ассоциированная с хеликобактерной инфекцией. В качестве схемы эрадикационной терапии использовалась комбинация ингибитор-протонной помпы (рабепразол) 20 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки курсом на 10 дней. Контроль эффективности эрадикации производился не ранее 4 нед после окончания лечения путем экспресс-определения антигена *H. pylori* в кале иммунохроматографическим методом.

Результаты. Бактериологическое исследование кала, проведенное до начала лечения, показало, что у 100 % больных имелся кишечный дисбактериоз различной степени выраженности. При этом было выявлено следующее распределение частоты встречаемости различных степеней тяжести кишечного дисбактериоза: доминирующей по частоте являлась II степень дисбактериоза (52,7 % случаев). Далее следовали III и I степени, встречавшиеся с частотой 27,7 и 13,8 % соответственно. IV степень дисбактериоза диагностировалась в 5,5 % случаев. Контрольное определение антигена *H. pylori* в кале показало, что из 36 пациентов, которым назначалась комбинация рабепразол 20 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки курсом на 10 дней, эрадикация была достигнута у 26 больных (72,2 % обследованных). По мере нарастания степени тяжести дисбиотических изменений эффективность эрадикационной терапии прогрессивно уменьшалась; так, будучи равной 100 % при I степени дисбиоза, она составила 78,9 % при II и 60 % при III степени последнего, в то время как при наличии дисбактериоза IV степени тяжести эрадикация вовсе не достигалась. Средние значения содержания в толстом кишечнике бифидобактерий, лактобактерий и типичных штаммов кишечной палочки, а также индекса степени дисбактериоза были достоверно выше в группе больных, у которых антихеликобактерная терапия 1-й линии оказалась успешной ($p < 0,05$).

Выводы. 1. У 100 % больных *H. pylori*-позитивной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки имеется кишечный дисбактериоз различной степени выраженности, причем доминирующей по частоте является II степень дисбактериоза (52,7 % случаев). 2. Эффективность эрадикационной терапии 1-й линии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки находится в обратной зависимости от степени тяжести кишечного дисбактериоза, имеющегося до начала лечения (I – 100 %, II – 78,9 %, III – 60 %, IV – 0 %). 3. Средняя концентрация в толстом кишечнике бифидобактерий, лактобактерий и типичных штаммов кишечной палочки изначально выше в группе больных, у которых эрадикационная терапия 1-й линии была эффективной ($p < 0,05$).

Взаимосвязь дивертикулеза толстой кишки и гепатостеатоза у больных пожилого возраста

Исаев Г.Б., Салимов Т.Г., Алиева А.М., Керитмова Т.М.

Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчубашова, Баку, Азербайджан

В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа больных с неалкогольной жировой дистрофией печени (НЖДП) в сочетании с дивертикулезом толстого кишечника.

Цель исследования – определение некоторых аспектов взаимосвязи между НЖДП с дивертикулезом толстой кишки у больных старше 65 лет. Материалы и методы. За период с 2008 по 2016 г. проведена колоноскопия 278 пациентам старше 65 лет. Среди 51 (18,3 %) больного, у которых был

выявлен дивертикулез толстого кишечника (основная группа), левая половина толстого кишечника была поражена у 26 (51 %), правая половина – у 6 (11,7 %), а дивертикулез билатеральной локализации – у 19 (37,3 %) пациентов. Одновременно проведены УЗИ и лабораторные исследования. Контрольную группу составили 51 больной, которые были идентичными по возрасту и полу без наличия дивертикулеза толстого кишечника. Случаи с наличием заболеваний печени и болезней, способствующих развитию дивертикулеза, были исключены из исследования.

Результаты. Сахарный диабет среди больных основной группы был выявлен в 14 (27,4 %), а среди контрольной группы в 16 (31,4 %) наблюдениях. В обеих группах пациентов в показателях гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, СОЭ и СРБ достоверных различий выявлено не было. Уровень аланин-фосфатазы в сыворотке крови был выше у больных контрольной группы в сравнении с основной (79 против 68, $p < 0,01$). Уровень мочевой кислоты в крови был выше в основной группе (6,0 против 5,5, $p < 0,02$) пациентов. Показатели АЛТ в основной группе 68 (55–81) U/L, в контрольной – 17 (12–24) U/L, АСТ – соответственно 23 (19–27) и 20 (16–25) U/L; уровень ГГТ в основной группе достигал 21 (14–33) U/L, в контрольной группе – 17 (13–26) U/L. Содержание альбумина в крови у больных основной группы не превышал 3,8 г/дл (3,5–4,2), тогда как у группы контроля этот показатель достигал 4,3 (4,0–4,5) г/л. Уровень триглицеридов у пациентов основной группы составил 125 (97–157) мг/дл против 119 (87–163) г/л у пациентов контрольной группы. В показателях LDL между исследуемыми группами существенных различий не отмечали (116,5–117,0 мг/дл). Однако показатели HDL в основной группе превалировал над показателями контрольной группы в среднем на 4 мг/дл (47 мг/дл против 43 мг/дл). Из общего числа (278) обследованных больных у 98 (18 (35,2 %)) был выявлен гепатостеатоз. Однако среди основной группы больных гепатостеатоз был меньше, чем у пациентов контрольной группы (26 % против 43 %). При многомерном анализе этих параметров уровни триглицеридов, альбумина, HDL и наличие дивертикулеза были статистически значимыми и независимыми ФР.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что у больных пожилого возраста на фоне дивертикулеза толстого кишечника частота гепатостеатоза снижается. В то же время уровень альбумина в крови больных с дивертикулезом минимален, причиной тому, вероятно, является вынужденное ограничение приема пищи из-за наличия дивертикулеза.

Роль ангиопролиферации в морфогенезе остеоартрита

Кабалык М.А., Коваленко Т.С.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Субхондральная кость (СХК) является ключевой областью в патоморфогенезе и патогенезе остеоартрита (ОА). Получены убедительные доказательства того, что наиболее ранние изменения при ОА происходят в СХК. По мнению разных авторов, эти изменения характеризуются развитием отека костного мозга и появлением кист. Другие авторы убеждены в первичном изменении трабекулярной структуры СХК под влиянием нагрузок.

Цель работы – изучить особенности морфогенеза ОА в области суставного хряща, остеохондральной линии и СХК на разных стадиях заболевания. Материалы и методы. В медицинском центре Дальневосточного федерального университета было обследовано 29 пациентов с ОА коленных суставов II–IV стадий по Kellgren, подвергшихся в последующем тотальному эндопротезированию коленного сустава. Медиана возраста

больных, включенных в исследование составила 69 (65;71) лет. Во время операции по замещению коленного сустава эндопротезом производили забор биологических тканей в виде резецированного плато большеберцовой кости, синовиальной оболочки. Плато большеберцовой кости препарировали таким образом, что получали костно-хрящевой спил медиальной части на уровне средней трети.

Результаты. Морфологическая картина суставного хряща варьировала в зависимости от стадии ОА. Для II стадии было характерно растрескивание и разволокнение поверхностных и средних отделов хрящевой пластинки. При III и IV стадиях заболевания наблюдалось усугубление эрозий хрящевой ткани вплоть до СХК. Тут же определялось появление элементов васкуляризации в виде участков фибробластов с сосудами в сочетании с расширением зоны кальцинированного хряща. Изменения морфологической структуры остеохондральной линии характеризовались на II стадии истончением и снижением ее интеграции в глубокие отделы хрящевой ткани. На III и IV стадиях ОА наблюдалось неравномерное исчезновение остеохондральной демаркации, появление элементов сосудистой инвазии из СХК. Морфологическая картина СХК на II стадии ОА характеризовалась уменьшением толщины костной пластинки и утолщением костных балок с сохранением элементов красного костного мозга. Для IV стадии ОА была характерна резорбция костной пластинки, замещение элементов СХК грубоволокнистой соединительной тканью с обилием элементов кальцинации, распространением популяции фибробластов и васкуляризации.

Выводы. Морфологическая основа морфогенеза ОА определяется прогрессирующим незавершенным остеогенезом. В основе этого процесса лежит интеграция сосудов и перипитов в хрящевую пластинку, которая сопровождается деградацией хрящевой ткани со стороны костного мозга, приводя к деструкции суставного хряща. Ключевым патогенетическим фактором при этом является роль сосудов, выполняющих не только сервисную (трофическую), но и морфогенетическую функции. Учитывая сложность структурных изменений в СХК, которые наблюдается при ОА, существует необходимость совершенствования шкал для их оценки. Очевидно, что использование существующих инструментов для гистологической оценки ОА (OARSI grade, Mankin score), основанных на оценке изменений суставного хряща, в значительной степени ограничивает исследовательский потенциал, делая акцент на изменениях в суставном хряще. Вместе с тем все больше данных свидетельствуют о первостепенной роли именно СХК в патоморфогенезе ОА. Таким образом, перспективным направлением в изучении ОА является разработка валидированных методик для оценки структурных изменений СХК.

Морфологические сопоставления использования методов текстурного анализа для оценки субхондральной кости при остеоартрите

Кабалык М.А., Коваленко Т.С., Суняйкин А.Б.

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Субхондральная кость (СХК) играет базовую роль в патоморфологии и патофизиологии остеоартрита (ОА). Разработка методов оценки изменений СХК при ОА на основании анализа рентгеновских изображений позволит решить ряд насущных научных и прикладных задач.

Цель работы – научное обоснование метода текстурного анализа рентгеновских изображений СХК в оценке ее структуры, изменчивости по мере прогрессирования.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациентов с ОА коленных суставов II–IV стадий по Kellgren, подвергшихся в последующем тотальному эндопротезированию коленного сустава. Медиана возраста больных, включенных в исследование, составила 69 (65;71) лет. Рентгеновские изображения обрабатывали по собственной методике. Получали параметры СХК: фрактальный размер (D), лакунарность (λ), средний показатель распределения оттенков серого (СПГ), стандартное отклонение гистограммы оттенков серого (СТГ), число максимальных пиков дистального контура 3D-реконструкции изображения (SMP), интенсивность максимального пика (MaxP), Интенсивность минимального пика (MinP), интервал оттенков (Max-Min), интенсивность спектра Фурье (FS), второй угловой момент (ASM) по протоколу GLCM, обратный момент разностей (IDM) по протоколу GLCM, энтропия (E) по протоколу GLCM. Во время эндопротезирования сустава эндопротезом производили забор биологических тканей в виде резецированного плато большеберцовой кости, получали гистологические препараты, в которых изучали отношение толщины суставного хряща к толщине костной пластинки (CB), соотношение размеров костной пластинки и трабекулы (BT), отношение размера трабекул к поперечному размеру лакун (TL).

Результаты. Изменения, обнаруженные в СХК, характеризовались изменением соотношения размеров костной пластинки и трабекул в пользу увеличения толщины последних. Так у больных III и IV стадиями ОА показатель BT был статистически ниже по отношению к группе больных, имевших II стадию заболевания (соответственно $z = 2,40$, $p = 0,01$; $z = 2,45$, $p = 0,01$). Соотношение толщин суставного хряща к СХК пластинки было статистически значимо ниже у больных IV стадией ОА по отношению ко II и III стадиям (соответственно $z = 2,05$, $p = 0,04$; $z = 2,26$, $p = 0,02$). По мере прогрессирования ОА наблюдали уменьшение показателя TL, который был значимо ниже у больных IV стадией по сравнению со II и III соответственно $z = 2,15$, $p = 0,03$; $z = 2,10$, $p = 0,04$). Корреляционные сопоставления морфометрических характеристик СХК с текстурными параметрами рентгеновских изображений показал, что фрактальный размер обратно коррелирует с CB ($r = -0,38$). Лакунарность изображения СХК прямо коррелировала BT ($r = 0,43$), имела обратную связь с морфометрическим показателем CB ($r = -0,36$). Стандартное отклонение гистограммы оттенков серого прямо коррелировало с CB ($r = 0,44$) и TL ($r = 0,59$). Число максимальных пиков гистограммы изображения СХК показало отрицательные корреляционные связи с морфометрическими показателями CB и TL (соответственно $r = -0,55$; $r = -0,61$). Интенсивности максимального и минимального пиков 3D-гистограммы обратно коррелировали с морфометрическим CB (соответственно $r = -0,31$; $r = -0,33$). Интенсивность спектра Фурье рентгенограммы СХК имела прямую корреляционную связь с морфометрическим показателем CB и обратную с BT (соответственно $r = 0,48$; $r = -0,35$). Второй угловой момент и обратный момент разностей по аналитическому протоколу GLCM показали обратную связь с TL (соответственно $r = -0,44$; $r = -0,33$). Энтропия прямо коррелировала со всеми морфометрическими характеристиками гистологической картины СХК (CB: $r = 0,31$; BT: $r = 0,43$; TL: $r = 0,57$).

Выводы. Разработанные методы текстурного анализа рентгеновских изображений СХК сопоставимы с морфологическими изменениями. Результаты данного исследования позволяют обоснованно предложить текстурный анализ для оценки изменений СХК при ОА. В качестве основных инструментов могут быть использованы показатели фрактального размера, лакунарность, стандартного отклонения средних значений гистограммы оттенков серого, число максимальных пиков и интенсивность минимального пика гистограммы, спектральный показатель Фурье, результаты GLCM-текстурного анализа – второй угловой момент и энтропия.

Роль полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента в развитии хронической сердечной недостаточности

Камилова У.К., Расулова З.Д., Бобоев К.Т., Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р., Джураева В.Х., Нуритдинов Н.А.

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

Цель работы – оценить роль полиморфизма Alu-повтора гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ИБС узбекской национальности.

Материалы и методы. Всего были обследованы 114 больных ИБС с I–III ФК ХСН узбекской национальности (согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста 6-минутной ходьбы и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). Контрольную группу составили 51 здоровый человек узбекской национальности. Для проведения генетического анализа и определения генетических маркеров предрасположенности пациентов к ХСН проводили выделение ДНК из лимфоцитов периферической венозной крови с определением полиморфизма Alu-повтора гена ACE с помощью полимеразной реакции синтеза ДНК на термоциклерах CG-1-96 CorbettResearch (Австралия) и 2720 AppliedBiosystems (США), а также путем полимеразной цепной реакции в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000, Модель 65N0-100 (Австралия). Оценка отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди–Вайнберга (РХВ) проводят с помощью компьютерной программы анализа генетических данных GenePop (GeneticsofPopulation).

Результаты. Проведен молекулярно-генетический анализ полиморфизма Alu-повтора типа I/D (insertion/deletion) гена АПФ у лиц контрольной группы и больных ИБС с I–III ФК ХСН узбекской национальности, распределение генотипов соответствовало РХВ, что свидетельствует о репрезентативности выборки и отсутствии различных факторов, влияющих на генетическую структуру, а также о правильности результатов генотипирования. Анализ результатов проведенного молекулярно-генетического анализа полиморфизма Alu-повтора гена АПФ у 114 больных ХСН с I–III ФК по NYHA узбекской национальности по сравнению с данными контрольной группы показал значимую ассоциацию полиморфизма Alu-повтора гена АПФ с риском развития ХСН. Функционально неблагоприятный аллель D полиморфизма Alu-повтора гена АПФ является значимым детерминантом повышенного риска развития ХСН в Узбекистане ($\chi^2 = 4,7$; $p = 0,04$; ОШ = 1,6; 95 % ДИ 1,03–2,654) и является прогностически неблагоприятным фактором развития заболевания. Согласно рассчитанному ОШ, риск формирования ХСН у носителей неблагоприятного D аллеля составляет в 1,6 раза значимо выше, чем у носителей аллеля I. Была отмечена тенденция к увеличению частоты D/D генотипа полиморфизма Alu-повтора гена АПФ т. е., различия оказались близкими к уровню статистической значимости ($\chi^2 = 2,3$; $p = 0,1$; ОШ = 1,7; 95 % ДИ 0,8385–3,543) не достигнув достоверного результата.

Выводы. Неблагоприятный аллель D полиморфизма Alu-повтора гена АПФ является значимой детерминантой повышенного риска развития ХСН в Узбекистане.

Оценка функционального состояния организма по многопризнаковым данным с применением диодно-лазерной спектроскопии выдыхаемого воздуха

Карабиненко А.А., Петренко Ю.М., Надеждинский А.И., Понуровский Я.Я., Преснова Е.Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Институт общей физики им. А.М. Прохорова, Москва

Цель работы – определить диагностический потенциал метода диодно-лазерной спектроскопии (ДЛС) выдыхаемого воздуха (ВВ) по спектральным характеристикам газообразных метаболитов.

Материалы и методы. На опытно-конструкторской разработке диодно-лазерного спектрометра, выполненного в ИОФ РАН им. А.М. Прохорова, исследовались газоаналитические параметры молекул-метаболитов, содержащихся в пробах ВВ. Обследовались пациенты с различной патологией внутренних органов, проходящие лечение в ГКБ им. В.М. Буянова.

Результаты. Обследованы 98 пациентов в возрасте от 19 до 78 лет (58 мужчин и 40 женщин), которые находились в удовлетворительном состоянии и без признаков декомпенсации хронических заболеваний. Проведение газоанализа проб ВВ не требовало присутствия пациентов. Впервые одновременно были получены многокомпонентные результаты наличия в ВВ 5 метаболитов молекул – $12CO_2$, $13CO_2$, CH_4 , NH_3 , H_2S . Исследования проводились при различных функциональных состояниях пациентов – в покое, при умеренной физической нагрузке до достижения частоты сердечных сокращений (ЧСС) 140 уд./мин, в периоде восстановления, а также при пищевых нагрузках. Одновременно фиксировались показатели пульсоксиметрии (SpO_2 и ЧСС), АД, частота дыхательных движений (ЧДД), глюкоза крови. Воздействие нагрузочных факторов существенно изменяло содержание биомаркеров ВВ. Наиболее закономерно на высоте нагрузки по отношению к исходным в покое изменялись параметры CO_2 , CH_4 , ЧСС, ЧДД, SpO_2 , глюкоза крови. Исходное повышение $12CO_2$ в порциях ВВ наблюдалось у пациентов со скрытыми или явными нарушениями газообменной функции легких или при снижении основного обмена на фоне гиподисфункции щитовидной железы. При физнагрузке по сравнению с исходным существенно снижается уровень CH_4 , который при нагрузке «сгорает» на фоне ускорения метаболических реакций. В то же время уровень $13CO_2$ четко коррелирует с функциональным состоянием желудочного пищеварения (реагирует на прием пищи, косвенно указывает на наличие желудочной дисфункции), что подтверждается многочисленными клиническими исследованиями уреазных дыхательных тестов. У больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта выявлено увеличение концентрации NH_3 натощак по сравнению со здоровыми донорами (в 6 раз у пациентов с обострением язвенной болезни и в 2,5 раза у пациентов с язвенной болезнью в фазе ремиссии). Это позволяет использовать данный метод для оценки фазы обострения язвенной болезни. Метод ДЛС по диагностической значимости некоторых параметров превосходит дыхательный уреазный тест по чувствительности в 1,96 раза, что подтверждается результатами сравнительного анализа содержания NH_3 в ВВ при нагрузке карбамидом. У пациентов с доказанной инфицированностью *H. pylori* отмечено увеличение уровня NH_3 в 2 раза относительно исходной концентрации после приема стандартной дозы карбамида. Недостовверное повышение уровня CH_4 в калитечнике после приема карбамида, вероятно, связано с деятельностью метанобразующих бактерий. Анализ кривой динамики NH_3 в ВВ здоровых доноров после приема карбамида в течение часа

выявил 3 характерных пика: – 1-й пик (10-я минута) соответствовал активности желудочной секреции; 2-й пик (30-я минута) соответствовал кишечной фазе метаболизма; 3-й пик (50-я минута) – фаза печеночного метаболизма карбамида.

Вывод. Анализ метаболитов газов ВВ методом ДЛС показывает его диагностическую и прогностическую значимость в скрининговых и клинико-функциональных исследованиях.

Распространенность некоторых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста

Кардангушев А.М., Кармокова З.А., Шугушева З.А., Бекулова И.Х., Бекалдиева Н.М., Сантимова Л.В.

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

Цель исследования – изучить распространенность отдельных ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди лиц молодого возраста для дальнейшей разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. В 2017 г. проведено сплошное эпидемиологическое обследование студентов 3-го курса Кабардино-Балкарского государственного университета. Обследованы 266 студентов (мужчин – 24 %, женщин – 76 %, $p < 0,00001$). Средний возраст обследованных студентов составил $20,6 \pm 3,7$ года. Методологической основой исследования явились методические рекомендации Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России. Скрининг включал опрос для выявления показателей образа жизни (образование, сведения о работе, курение, употребление алкоголя, уровень физической активности и пищевые привычки); оценку физикальных данных (АД, рост и масса тела, индекс Кетле, окружность талии; психологическое тестирование по шкале тревожности Спилбергер–Ханина (1976). Статистический анализ данных проведен с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc, США). За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимались значения $p < 0,05$.

Результаты. Обследованная выборка студентов характеризовалась высокой частотой ФР ССЗ. Лишь у 1,5 % юношей не были выявлены ФР. По 1 ФР обнаружены у 14,1 % юношей и 10,9 % девушек. Практическое значение имеет наличие у 28,1 % юношей и 31,7 % девушек 2 ФР, 50 % юношей и 41,1 % девушек – 3 ФР, 6,3 % юношей и 12,4 % девушек – 4 ФР, а у 3,9 % девушек – 5 ФР. Ведущим ФР у обследованных нами студентов было нерациональное питание: 93,8 % юношей и 96,0 % девушек потребляли менее 5 порций овощей и фруктов в день, а 54,5 % юношей и 47,7 % девушек 5–10 раз в неделю принимали пищу, приготовленную вне дома. На 2-м месте по распространенности среди ФР было пассивное курение, которое зафиксировано у 55,4 % юношей и 24,6 % девушек ($p < 0,0001$). Причем курение сигарет зафиксировано у 44,4 % курящих юношей, употребление курительных смесей для кальяна – у 55,6 % юношей и у всех курящих девушек. Средний возраст приобщения к курению составил 18,2 года. Алкогольные напитки не употребляли никогда 64,6 % юношей и 86,7 % девушек ($p < 0,0001$), а студенты, употребляющие алкоголь, относились к категории умеренно пьющих (юноши употребляли менее 84 г этанола/нед и девушки – менее 42 г этанола/нед). Третье место среди изученных ФР заняли высокие уровни тревожности. Распространенность высоких уровней личностной тревожности составила 35,9 % у юношей и 73,3 % у девушек ($p < 0,0001$), а реактивной тревожности – 18,8 % у юношей и 11,4 % у

девушек. Ожирение имело место у 7,8 % юношей и 3,5 % девушек, а абдоминальное ожирение – у 10,9 % юношей и 8,9 % девушек. У юношей по сравнению с девушками чаще встречалась избыточная масса тела (23,4 % против 4 %, $p < 0,0001$), а у девушек по сравнению с юношами – дефицит массы тела (16,3 % против 1,6 %, $p < 0,01$). Распространенность АГ не различалась у юношей и девушек и составила 3,1 %. Таким образом, обследованная нами выборка студентов характеризуется высокой распространенностью основных ФР ССЗ и различных их сочетаний. Высокая распространенность ФР среди лиц молодого возраста указывает на уязвимость этой группы населения в отношении развития ССЗ и является основанием для создания и реализации региональных профилактических программ, направленных на коррекцию наиболее распространенных в студенческой среде ФР.

Сопоставимость результатов разового измерения и суточного мониторирования артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких с наличием и отсутствием хронической сердечной недостаточности

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

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

Цель работы – оценить сопоставимость результатов измерения артериальной ригидности (АР) при разовом измерении (РИ) и суточном мониторировании (СМ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с наличием и отсутствием хронической сердечной недостаточности (ХСН). Задачи работы – изучить параметры жесткости артериальной стенки у больных ХОБЛ с наличием и отсутствием ХСН с помощью аппаратов TensioClinic Тензиомед TL, Венгрия (РИ) и BPLab (v.05.00.04) «Петро Телегин» (Россия) (СМ).

Материалы и методы. В исследование было включено 133 больных ХОБЛ с наличием и отсутствием ХСН. Исследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от наличия ХСН. В 1-ю группу вошли 82 (61,7 %) пациента с наличием ХСН, во 2-ю – 51 (38,3 %) больной без ХСН. Больные были сопоставимы по основным клинико-инструментальным параметрам. Всем исследуемым проводилось общеклиническое исследование, ЭхоКГ, разовое и суточное мониторирование АР с определением следующих параметров: индекс аугментации (ИА) на плечевой артерии, измеренный с при РИ (ИАбр); ИА, измеренный при СМ за сутки (ИА24), дневные (ИАд) и ночные часы (ИАН); скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), измеренная при РИ (СРПВао), и СРПВ, измеренная при СМ за сутки (СРПВ24), дневные (СРПВд) и ночные часы (СРПВн).

Результаты. Установлено, что у больных сочетанной патологией средние значения ИА при суточном мониторировании за сутки и день превышают ИА при разовом измерении ($-3,72 \pm 19,18$ %, $-5,73 \pm 19,76$ %, $-18,47 \pm 37,19$ соответственно, $p < 0,01$, $p < 0,01$). У пациентов с ХОБЛ без ХСН статистически значимых различий по данному параметру обнаружено не было. Аналогичные результаты по повышению суточных и дневных значений над разовыми измерениями были получены в отношении СРПВ как пациентов с наличием ($11,40 \pm 1,79$ м/с, $11,45 \pm 1,84$ м/с, $10,41 \pm 2,67$ м/с соответственно, $p < 0,01$, $p < 0,01$), так и с отсутствием ХСН ($10,59 \pm 1,14$ м/с, $10,74 \pm 1,24$ м/с, $9,76 \pm 1,80$ м/с соответственно, $p < 0,01$, $p < 0,01$). У 28 (31,8 %) больных с ХОБЛ и ХСН отмечены нормальные значения СРПВао по данным РИ, в то время как по данным СМ у данных пациентов ее патологические значения были зарегистрированы у 9 (32,1 %). Среди пациентов с ХОБЛ без ХСН нормальные значения СРПВао

были у 31 (56,4 %) по данным РИ, из них 14 (45,2 %) больных имели ее патологические значения по данным СМ. Отмечено, что у больных ХОБЛ и ХСН ИАбр положительно коррелировал с ИА24 ($r = 0,43$, $p < 0,001$), ИАд ($r = 0,38$, $p < 0,01$) и ИАн ($r = 0,34$, $p < 0,01$). У пациентов с ХОБЛ без ХСН также обнаружены взаимосвязи между ИАбр и ИА24 ($r = 0,36$, $p < 0,05$), ИАд ($r = 0,44$, $p < 0,01$), в то время как с ИАн таковых выявлено не было. У больных ХОБЛ и ХСН обнаружены взаимосвязи между СРПВао и СРПВ24 ($r = 0,22$, $p < 0,05$), СРПВд ($r = 0,26$, $p < 0,05$), корреляций с СРПВн найдено не было. При проведении корреляционного анализа у больных ХОБЛ без ХСН были выявлены зависимости между СРПВао и СРПВ24 ($r = 0,32$, $p < 0,05$), СРПВд ($r = 0,31$, $p < 0,05$), корреляций с СРПВн найдено не было.

Выводы. У пациентов с ХОБЛ при СМАР средние величины СРПВ, ИАбрах достоверно превышают аналогичные показатели при разовом измерении. Больше трети пациентов с нормальными параметрами АР при разовом измерении имели патологические значения АР при СМАР, что может свидетельствовать в пользу большей информативности СМАР.

Хроническая ревматическая болезнь сердца и коморбидность

Кац Я.А.

*Саратовский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 3, Саратов*

Факт увеличения продолжительности жизни больных, страдающих хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), увеличивает вероятность развития коморбидных состояний.

Цель исследования – выявить частоту развития и характер коморбидности у больных ХРБС, поступивших в стационар общесоматического профиля. Материалы и методы. В исследование включено 97 больных ХРБС, которые проходили лечение в факультетской терапевтической клинике Саратовского медицинского университета в 2007–2016 гг. Учитывались пол (преобладали женщины – 93,5 %), возраст (29–78 лет), длительность течения основного заболевания, структура и частота встречаемости коморбидных состояний. Изолированное поражение митрального клапана наблюдалось в 57,3 %, аортального клапана – в 17,7 %, сочетание митрального и аортального пороков – в 19,7 %, другие пороки – в 5,3 %. Диагностика ХРБС и пороков сердца проводилась с использованием общепринятых критериев.

Результаты. Из общего количества больных коморбидные состояния выявлены в 89,7 % случаев, причем с увеличением возраста нарастает и число болезней, приходящихся на одного больного. Так, если у больных в возрастном промежутке 29–42 года число заболеваний, приходящихся на одного больного, равнялось 3, то среди больных 50–78 лет, у каждого второго отмечалось от 5 до 7 заболеваний. При учете всех больных в 57,9 % случаев отмечалось сочетание 3 и более коморбидных состояний. В 49,7 % выявлялась АГ, у 53,9 % больных – ИБС, причем, в 17 случаев из них – перенесенный ИМ. У многих больных (72,3 %) выявлялись заболевания желудочно-кишечного тракта, наиболее часто при этом фиксировалась ГЗРБ (в 37 % случаев). Не исключено, что достаточно частая встречаемость гастрогенных расстройств не в последнюю очередь связана с длительным приемом многими больным ХРБС нестероидных противовоспалительных препаратов.

Заключение. Высокая частота коморбидных заболеваний у больных ХРБС, и особенно ИБС и АГ, делают необходимым проведение целенаправленных профилактических и лечебных мероприятий, а при планировании терапевтических вмешательств нужно учитывать частоту и характер

поражений желудочно-кишечного тракта, затрудняющих применение средств базовой терапии.

Клинические особенности целиакии у детей

Кликич Д.И.

*Департамент Педиатрии, Государственный университет
медицины и фармации Николае Тестемичану, Кишинев,
Республика Молдова*

Цель работы – изучение наводящих клинических проявлений для раннего клинического диагноза целиакии у детей.

Материалы и методы. Для достижения намеченной цели в гастроэнтерологическом отделении Института матери и ребенка было проведено проспективное исследование пациентов с мальабсорбцией кишечника с 2012 по 2016 г. Из 734 детей было диагностировано 58 детей с целиакией на основе анамнеза, клинических проявлениях, общих и серологических (антитела трансглутаминазы) анализов, и гистологических исследований кишечника.

Результаты. Средний возраст детей, включенных в исследование, составил $7,17 \pm 1,2$ года, из которых девочки – 32 (55,17 %) и мальчики – 26 (44,83 %). Типичная форма заболевания была зарегистрирована у 25 детей (43,10 %), атипичная форма у 33 детей (56,89 %). При поступлении у детей наблюдались следующие клинические проявления: боль в животе – 51 (87,93 %); физическая отсталость – 36 (62,06 %); пониженный аппетит – 30 детей (51,72 %) и хороший аппетит – 5 (8,6 %); метеоризм – у 27 детей (46,55 %); несформированный кал – у 23 (39,65 %), кашеобразный стул – у 19 (32,75 %), жидкий стул – у 6 (10,34 %), 1–2 стула в день – у 29 (50 %), 3–4 стула в день – у 18 (31,03 %), больше 4 стула в день – 1 (1,72 %); бледная кожа – 23 (39,65 %); головная боль – 13 (22,41 %); большой живот – у 11 (18,96 %); рецидивирующий стоматит – у 6 (10,34 %); кровотечение десен – у 5 (8,6 %); боль в суставах – у 7 (12,06 %); позднее половое созревание – у 4 (6,89 %); судороги – у 3 (5,17 %); алопеция – 2 (3,44 %); низкий рост – у 2 (3,44 %); аменорея – 1 (1,72 %).

Выводы. За последние десятилетия заболеваемость целиакией растет во всем мире. Из-за клинического полиморфизма целиакия представляет собой настоящий тест для специалистов, которого называют некоторые клиницисты и «патология хамелеон». В исследовании частые клинические проявления были: боль в животе, физическая отсталость, пониженный аппетит, метеоризм, несформированный кал, головная боль. Признание клинических проявлений будет способствовать раннему диагнозу целиакии с соблюдения безглютеновой диеты, которая обеспечит нормальный рост и развитие ребенка.

Эффективность школы здоровья в условиях городской поликлиники

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

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

В Российской Федерации 56 % всех смертей приходятся на сердечно-сосудистые заболевания, в значительной степени обусловленные преждевременной смертностью среди мужчин среднего возраста. Этих преждевременных смертей по большей части можно было бы

избегать с помощью профилактических мероприятий, снижающих уровень подверженности отдельных людей и населения в целом к ФР неинфекционных заболеваний. Образ жизни и связанные с ним стереотипы поведения оказывают существенное влияние на здоровье населения. Вклад здорового образа жизни (ЗОЖ) в здоровье человека составляет более 50 %, являясь одновременно мерой вторичной профилактики и предотвращая прогрессирования сердечно-сосудистой патологии и развитие осложнений. Мероприятия по формированию ЗОЖ реализуются на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях, в основном, в рамках первичной медико-санитарной помощи, в первую очередь в школах здоровья.

Цель работы – изучение и анализ приверженности участников школ пациентов на примере «Школы гипертоника» поликлиник к здоровому образу жизни.

Материалы и методы. Объект исследования: пациенты поликлиник г. Ставрополя – 80 человек (мужчин 40 и женщин 40) в возрасте от 47 до 79 лет с неосложненной гипертонической болезнью I–II стадий. 29 из них – 1-я группа – активные участники школы здоровья в поликлинике, 2-я – 51 респондента, не посещавшие «Школу». Использована авторская анкета: физически активная жизнь и занятия спортом, правильное питание, влияние вредных факторов (курение, алкоголь, стресс), наличие гипертонической болезни, приверженность к ее лечению и посещение школ здоровья. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0 и использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. На вопрос «Ведете ли Вы здоровый образ жизни?» 40 % (32 пациента) опрошенных ответили утвердительно, остальные же 60 % (48 человек) не ведут ЗОЖ, из них 16,7 % (8 человек) стремятся к нему. Из 32 человек, ответивших утвердительно, 29 посещали школу здоровья (достоверно выше в 1-й группе ($p < 0,01$), 60 % опрошенных (48 человек) не соблюдали нормы физической активности, все они не посещали школы здоровья, 15,7 % (8 человек), анкетированных из числа не посещавших школы здоровья, придерживались элементов ЗОЖ, касающихся физической активности, и 27,5 % (8 человек) опрошенных (все они посещали школу здоровья) отметили высокую физическую активность ($p < 0,01$). Приверженность к правильному питанию отметили все посетители школы здоровья (100 %), 48 человек (60 %) не соблюдают нормы здорового питания, остальные 3 (3,8 %) стараются соблюдать принципы здорового питания, не являясь при этом участниками школ пациента ($p < 0,01$). При оценке вредных привычек выявлено, что более, чем у половины опрошенных отсутствуют вредные привычки, большая часть из них хотя бы раз посещали школы здоровья. Остальные 47,5 % (38 человек) имели вредные привычки и не посещали школы здоровья ($p < 0,01$). Анализ приверженности к лечению гипертонической болезни пациентов поликлиник выявил высокую комплаентность (45 %, 13 человек) среди посетителей школ здоровья. 25 % (13 человек) опрошенных из числа больных, не посещавших школу пациента, также отметили высокую приверженность к назначенной терапии. В то же время 35,3 % (18 человек) ответили, что не соблюдают режим приема лекарственных препаратов по разным причинам, все они не посещали школу пациента ($p < 0,01$).

Выводы. 1. Только 40 % пациентов поликлиник ведут ЗОЖ. Из них 30 % хотя бы 1 раз посещали школу здоровья и именно у них формируется большая приверженность к ЗОЖ. 2. Школы здоровья мотивируют пациентов к соблюдению ЗОЖ, что является мощным фактором вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. 3. Школы пациента формируют рациональное и активное отношение пациента к заболеванию, приверженность к лечению и выполнению рекомендации врача.

Ультразвуковое исследование в диагностике дегенеративных изменений коленных суставов при рентгенологически нулевой стадии остеоартроза

Князева К.В.

Кузнецкая межрайонная больница, Кузнецк

В настоящее время УЗИ суставов стало одной из наиболее востребованных методик в ревматологии. Особенно актуально выявление деформирующего остеоартроза на ранней стадии, исходя из того, что это самое распространенное заболевание суставов, и при несвоевременно начатом лечении грозит преждевременным ограничением трудоспособности и инвалидизацией.

Цель работы – оценить роль применения УЗ-диагностики у пациентов с остеоартрозом коленных суставов на ранних стадиях заболевания при рентгенологически нулевой стадии заболевания.

Материалы и методы. Было проведено УЗИ коленных суставов у 22 пациентов в возрасте от 38 до 50 лет с предварительным диагнозом остеоартроза коленного сустава с диагностированной рентгенологически нулевой стадией заболевания. Критерием включения в исследование явилось наличие в клинической картине ранних проявлений заболевания: минимальное или умеренное ограничение движений в суставе, возникающее после нагрузки или после длительного отдыха, эпизодическая крепитация в суставе при движениях, рентгенологическая стадия остеоартроза по Kellgren 0. Критерием исключения было наличие в клинической картине данных за развернутую стадию остеоартроза: резкая боль в суставе, значительное ограничение или полное ограничение движений, постоянный хруст в суставе при движении, наличие контрактур, грубая деформация сустава, рентгенологическая стадия остеоартроза по Kellgren 1 и выше. Проведена оценка стандартизированных протоколов УЗИ коленных суставов и периартикулярных тканей с последующим анализом клинической картины заболевания с полученным результатом. Материалы обработаны статистически с применением методов вариационной статистики с использованием программы SPSS 17.0. Исходя из анамнестических данных, с учетом длительности заболевания, исследуемые были разделены на 3 группы. Группа А – пациенты, считающие себя больными не более 1 мес (12 %). Группа В – пациенты, длительность заболевания которых от 1 мес до 1 года (21 %). Группа С – пациенты с длительностью заболевания от 1 года до 3 лет (67 %). УЗИ коленных суставов было выполнено у всех 22 пациентов.

Результаты. Были получены следующие данные. У обследованных всех групп в 91 % случаев был выявлен неспецифический синовит: в группе А – 30 %, в группе В – 41 %, в группе С – 73 %. Истончение гиалинового хряща до 2 мм в нагружаемых отделах было диагностировано у 68 % от общего числа обследованных: в группе А – 11 %, в группе В – 25 %, в группе С – 89 %. Наличие небольших гиперэхогенных краевых остеофитов фиброзно-хрящевой экоструктуры было обнаружено у 86 % пациентов: в группе А – 10 %, в группе В – 45 %, в группе С – 93 %. Таким образом, установлено, что при рентгенологически нулевой стадии остеоартроза патологические изменения при УЗИ коленного сустава были выявлены у большинства пациентов. И, что имеет большое значение, дистрофические процессы в суставе выявлены также в группе с самыми минимальными и непродолжительными клиническими проявлениями.

Заключение. Можно без всякого преувеличения сказать, что УЗИ коленных суставов при остеоартрозе является востребованным диагностическим методом в силу обладания рядом весомых преимуществ: высокая информативность и достоверность, экономичность, отсутствие протиповказаний. И главное – дает возможность определения патологического процесса на ранней стадии, что имеет весомое

практическое значение, поскольку может позволить начать своевременное лечение и профилактику.

Роль применения этилметилгидроксипиридина сукцината для лечения когнитивных нарушений у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами

Князева К.В.

Кузнецкая межрайонная больница, Кузнецк

Расстройства тревожно-депрессивного спектра являются одним из наиболее распространенных психопатологических состояний. Известно, что они сопровождаются существенными нарушениями когнитивных функций, что в свою очередь проявляется недостаточностью внимания, замедлением психических процессов, затруднениями инициации психической деятельности, вторичными расстройствами памяти.

Цель исследования – изучение эффективности и переносимости препарата этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭС), назначаемого в целях коррекции когнитивных нарушений, у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. Было проведено нейропсихологическое обследование пациентов, в клинической картине которых доминировали тревожно-депрессивные расстройства и когнитивные нарушения легкой и средней степени. В исследование было включено 48 человек. Критериями включения являются: возраст от 51 года до 65 лет, уровень образования среднее или высшее, наличие хронического ишемического поражения головного мозга с доминирующими клиническими синдромами: тревожно-депрессивный (сумма баллов по шкале HADS 11 и выше, по SHARS – более 30), синдром когнитивных нарушений легкой и средней степени (сумма баллов по шкале MMSE не менее 23 и не более 27). Критерии исключения: перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения со стойким неврологическим дефицитом; значительное когнитивное снижение, выраженные поведенческие и эмоциональные расстройства, психические заболевания; травматические, воспалительные и иные органические заболевания центральной нервной системы, прием других нейрометаболических и антипсихотических препаратов, декомпенсация соматической патологии. Проведена несравнительная наблюдательная программа, в ходе которой ЭС (в нашем исследовании использовался препарат Мексидол) назначался по схеме: раствор Мексидол 250 мг внутримышечно 1 раз в день 10 дней, таблетки Мексидол 125 мг 3 раза в день 1 мес, в последующем плановое повторение данного курса спустя 6 мес. Обследование включало: мини-исследование психического статуса MMSE, тестирование по Монреальской шкале когнитивной оценки MoCa, оценка по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), шкале определения уровня тревоги Шихана (SHARS), шкале Гамильтона для оценки уровня депрессии (HDRS), шкале Гамильтона для оценки уровня тревожности (HARS). Состояние пациентов оценивалось с помощью нейропсихологического опросника с применением указанных шкал. Оценка когнитивных функций, уровня тревожности и депрессии проводилась несколько раз: до начала исследования, через 6 нед лечения, спустя 6 мес от начала терапии, по завершении 2-го курса терапии.

Результаты. На фоне лечения ЭС отмечалась положительная динамика. Основная масса исследуемых отмечала уменьшение интенсивности головной боли, головокружения, также отмечалось улучшение когнитивных функций: возросла скорость мыслительных процессов. У большинства пациентов улучшение психического состояния происходило уже на 1-й неделе терапии. Наблюдалось исчезновение астении, тревоги, повышение

эмоциональности, живости, активности, инициативности и контактности, улучшалась концентрация внимания. Субъективное улучшение состояния сопровождалось достоверным улучшением результатов выполнения тестов по оценке когнитивных функций и психического статуса. В результате их выполнения оказалось, что их динамика приобрела достоверный характер по сравнению с исходными на 4–5-й неделе от начала терапии. Одновременно наблюдалось улучшение результатов выполнения тестов на определение психического статуса (на 32 % после первого курса терапии, на 43 % после повторного).

Заключение. Препарат ЭС продемонстрировал положительный эффект ноотропного спектра в виде уменьшения когнитивного снижения. На фоне лечения ЭС также отмечено улучшение общего самочувствия пациентов, уменьшению выраженности проявлений астенического и невротического характера. Результаты свидетельствуют о комплексном воздействии препарата на различные клинические проявления хронической ишемии головного мозга, проявляющемся в улучшении как эмоциональных, так и когнитивных показателей, что положительно влияет на качество жизни пациента.

Влияние факторов, ассоциированных с андронидным ожирением, на артериальную гипертензию у мужчин трудоспособного возраста

Ковалева А.О., Панова Е.И.

Нижегородская государственная медицинская академия, Медико-санитарная часть МВД России по Нижегородской области, Нижний Новгород

Цель работы – оценить влияние неблагоприятных факторов, связанных с андронидным ожирением (ОЖ), на характер АГ у мужчин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 59 мужчин – работников полиции в возрасте от 34–58 лет с АГ. Из них у 61 % – андронидное ожирение, 39 % – с нормальной массой тела. Всем пациентам проведено общеклиническое, антропометрическое обследование. Биохимическое исследование: липидный спектр крови, глюкоза венозной крови натощак, печеночные ферменты – АЛТ, АСТ. Гормональные исследования включали базальный инсулин, индекс инсулинорезистентности HOMA-IR. Также были проведены инструментальные методы обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), пульсоксиметрия (Пс). Также проведено анкетирование пациентов с использованием берлинского опросника синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), шкалы сонливости Epworth, шкалы депрессии Бэка, шкалы тревожности Спилберга-Ханина, голландского опросника пищевого поведения DEBQ, теста GAGE. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Значимой разницы по данным СМАД у пациентов с ОЖ и в группе без ОЖ не обнаружено ($p > 0,05$), однако выявлена разница по количеству групп гипотензивных препаратов для удержания целевых цифр АД (у пациентов с ОЖ = 4,5 (4;5), у пациентов без ОЖ = 3 (1,5;4), $p = 0,0003$). При сравнении этих же групп по данным ЭхоКГ статистически значимо выявлено увеличение толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) у пациентов с ОЖ (ТМЖП = 14,5 (12;15) и ТМЖП = 12 (11;13) в группе без ОЖ, $p = 0,0115$), а также увеличение задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) (14 (11;15) и 12 (11;12), $p = 0,0119$), увеличение массы миокарда (ММ) (285 (232;329) и 222 (194,5;242), $p = 0,0027$) и индекса массы миокарда (ИММ) (122,5 (112;130) и 108 (93,5;122), $p = 0,0460$). Кроме того, у пациентов с ОЖ выявлено увеличение уровня глюкозы

крови (5,9 (5,5;6,85) и 5,25 (4,3;6,0) в группе без ОЖ, $p = 0,0007$), инсулина (17,66 (14,52;23,75) и 11,65 (4,53;18,8) в группе без ОЖ, $p = 0,0042$), АЛТ (35 (26,5;53,5) и 21 (15;106) в группе без ОЖ, $p = 0,0084$), ЛПНП (3,5 (2,8;4,2) и 3,0 (1,9;3,7) в группе без ОЖ, $p = 0,04$). К тому же у пациентов с ОЖ выявлена большая вероятность СОАС по данным Пс (минимальное напряжение кислорода в крови во время сна у пациентов с ОЖ 88,5 (84;90), без ОЖ 93,5 (83;98), $p = 0,0086$), по данным берлинского опросника СОАС (у пациентов с ОЖ 5 (4;7) и 4 (2;5,5) без ОЖ, $p = 0,348$), по данным опросника Epworth (7 (4;10) у пациентов с ОЖ и 5 (1;7) у пациентов без ОЖ, $p = 0,0429$). По результатам оценки психоэмоционального компонента выявлено: у пациентов с ОЖ чаще встречается ограничительное пищевое поведение (2,5 (2,15;3,2), в группе без ОЖ 2 (1;2,9), $p = 0,0146$), а также есть тенденция к более высокому уровню личностной тревожности в этой группе по данным опросников (39,5 (38;45), в группе без ОЖ 37 (1;2,9), $p = 0,05$). Корреляционный анализ показал наличие прямой связи скорости утреннего подъема АД по СМАД с показателями: Хс ($r = 0,4022$, $p = 0,0416$), КА ($r = 0,4231$, $p = 0,0442$), АСТ ($r = 0,4206$, $p = 0,0362$) среди пациентов с ОЖ. Также в этой группе выявлена прямая связь инсулинемии с максимальным диастолическим артериальным давлением за сутки по СМАД ($r = 0,4450$, $p = 0,0293$), с дневной вариабельностью систолического АД ($r = 0,4010$, $p = 0,0469$) и индекса инсулинорезистентности с этими же показателями ($r = 0,4198$, $p = 0,0411$ и $r = 0,4270$, $p = 0,0333$ соответственно). Выявлена прямая корреляционная связь показателей ремоделирования миокарда (таких как ТМЖП, толщина задней стенки левого желудочка, массы миокарда и индекса массы миокарда) с показателями СМАД, говорящими о нарушении в профиле АД.

Выводы. Достижение целевых уровней АД при андронидном ожирении требует более интенсивной гипотензивной терапии, сопровождается более выраженным ремоделированием миокарда левого желудочка, что напрямую связано с показателями СМАД, ассоциируется с более высокими уровнями инсулинемии, липидемии, инсулинорезистентностью, повышенными показателями печеночных ферментов, склонностью к возникновению синдрома обструктивного апноэ сна, что, по данным Пс, сопровождается снижением сатурации кислорода в крови. Исследование психоэмоционального статуса позволило выявить, что мужчины с ожирением отличаются более высоким уровнем тревожности и нарушениями пищевого поведения, в основном, по ограничительному типу.

Уровень витамина D у пациентов с фибромиалгией

Кокуева О.В., Новоселя Н.В., Карчин О.В.

Кубанский медицинский институт, Краснодар

Актуальность темы фибромиалгии объясняется достаточно частой встречаемостью этой патологии среди лиц трудоспособного возраста во всем мире, отсутствием точных и доступных инструментальных и лабораторных методов диагностики, а также широким освещением в средствах массовой информации данной патологии, несмотря на малую осведомленность врачей. Предполагаемая распространенность этой патологии в США составляет около 2 % населения, это примерно 5 млн взрослых (возраст ≥ 18 лет), причем женщины обращаются с такой проблемой чаще (3,4 %) и заболеваемость среди них выше (80–90 %), чем у мужчин (0,5 % и 10–20 %). В Российской Федерации эта болезнь детально не изучалась и статистики по ней нет. Патогенез заболевания до настоящего времени недостаточно изучен, одной из гипотез является то, что фибромиалгия диагностируется при расстройстве центральной сенсibilизации или аномальной центральной обработке ноцицептивной

боли. Имеется также гипотеза о нарушении цитокиновой регуляции при данной патологии. У части пациентов с фибромиалгией также выявляются симптомы, характерные для синдрома хронической усталости.

Цель работы – изучить методы диагностики больных с фибромиалгией. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 5 больных с фибромиалгией. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, лабораторных и инструментальных показателей, интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью ВАШ. Для диагностики использовались критерии Американского колледжа ревматологов (2010) с нахождением триггерных точек. Проводилось определение содержания в крови ТТГ, КФК, ревматоидного фактора, СОЭ, СРБ, ANA, спектра инфекционных маркеров, выполнялась иммунограмма и магнитно-резонансная томография позвоночника. Для исключения ревматоидного артрита применяли определение антител к цитруллину (anti-CCP), модифицированному цитруллинированному виментину, которые высоко специфичны для ревматоидного артрита. При исследовании у больных были получены следующие данные СРБ $2,8 \pm 0,3$ мг/л, ревматоидный фактор – 46 ± 5 МЕ/мл, ANA – $0,5 \pm 0,1$ КП, антинуклеарный фактор Her-2 титр 1:160, в общем анализе крови относительный лимфоцитоз, также у всех выявлялся сниженный уровень 25-ОН витамина D – $22,2 \pm 7$ мг/мл. Таким образом, у больных с фибромиалгией рекомендуется определять уровень 25-ОН витамина D для последующей коррекции в составе комплексного лечения.

Особенности коморбидного течения артериальной гипертензии, гастроэзофагеальной и желчнокаменной болезни

Колбасников С.В., Кононова А.Г., Белова Н.О.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Цель работы – выявить особенности сочетанного течения АГ, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. Обследован 61 больной с АГ (мужчин – 23; женщины – 38; средний возраст $49 \pm 1,8$ года). Диагноз эссенциальной АГ выставлялся после клинического обследования и исключения вторичных форм АГ. Для диагностики ГЭРБ проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с оценкой состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным рассчитывали ИМТ по Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$), проводили УЗИ печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Больные были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 20 пациентов с АГ в сочетании с ЖКБ; 2-ю – 22 больных АГ с ГЭРБ; 3-ю – 19 больных АГ с ЖКБ и ГЭРБ. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Результаты. В 1-й группе преобладали (80 %) пациенты АГ II степени с высоким сердечно-сосудистым риском. При этом нормальная масса тела была у 25 % больных, избыточная масса тела – у 10 %, ожирение I и II степени – у 65 % больных. Эндоскопическая картина в этой группе характеризовалась наличием поверхностного гастродуоденита (70 %), реже – эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки желудка (15 %), а также дуоденогастральным рефлюксом (10 %). УЗИ выявляло признаки структурных изменений поджелудочной железы у 40 % больных, стеатоза печени – у 20 %, а также множественные (у 70 %) или одиночные (30 %) конкременты в желчном пузыре. Во 2-й группе также преобладали (77,2 %) пациенты АГ II степени с высоким сердечно-сосудистым риском. Нормальная масса тела встречалась реже – у 13,6 %; преобладало ожирение I и II степени – 86,4 %. У всех больных выявлялась эндоскопически позитивная форма ГЭРБ, при этом у 5 человек (22,7 %

случаев) был эрозивный эзофагит. В 3-й группе доминировали пациенты с АГ III степени с очень высоким сердечно-сосудистым риском (68,4 %). При этом большинство пациентов имели ожирение I и II степени (78,9), лишь в этой группе встречалось ожирение III степени (10,5 %). По данным ЭГДС, катаральный эзофагит выявлялся у 63,1 % пациентов, эрозивный – чаще, чем в предыдущей группе (36,9 %). Ультрасонографические признаки структурных нарушений в поджелудочной железе отмечались у большинства (69,5 %) больных, стеатоз печени – у 56,6 %; ($p < 0,01$). Множественные конкременты желчного пузыря были у 82,6 % больных, одиночные – у 17,4 % ($p > 0,05$). Корреляционный анализ выявил прямую, достоверную связь между частотой развития эрозивных форм ГЭРБ и уровнем АД ($r = 0,38$, $p = 0,02$), ИМТ ($r = 0,50$, $p = 0,02$), наличием абдоминального ожирения ($r = 0,48$, $p = 0,03$).

Заключение. Выявленные особенности коморбидного течения АГ, ЖКБ и ГЭРБ диктуют необходимость активного диспансерного наблюдения с применением индивидуализированного комплексного подхода к обследованию и лечению таких пациентов для повышения эффективности реабилитационных мероприятий, снижения риска осложнений и улучшения прогноза.

Особенности ревматоидного артрита на фоне синдрома гипермобильности суставов

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

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

Актуальность. Синдром гипермобильности суставов (СГМС) – частая причина обращения за медицинской помощью пациентов в любом возрасте, прежде всего, с болью. Эпидемиологические исследования, проведенные в ряде работ, свидетельствуют о широкой распространенности СГМС. Имеются данные, что лица с гипермобильным синдромом склонны к развитию деформирующего полиостеоартроза. Однако повышенная подвижность суставов может иметь место также при других воспалительных ревматических заболеваниях, в частности при ревматоидном артрите (РА). Работы, в которых описаны особенности течения РА на фоне СГМС, крайне недостаточны.

Цель исследования – оценка особенностей течения заболевания у пациентов с РА на фоне СГМС.

Материалы и методы. В течение 2016 г. в отделении ревматологии наблюдалось 36 женщин с РА, развившегося на фоне СГМС в возрасте 34,5 года и 38 женщин с РА без предшествующего СГМС в возрасте 36,8 года. Изучение особенностей течения РА на фоне СГМС проводили путем сравнения с группой больных с РА без предшествующего СГМС. Диагноз РА ставился на основании критерии АКР 1957 г. и EULAR 2012 г. Обследование пациентов включало в себя: рентгенографию кистей, стоп и костей таза, лабораторные методы: СРБ, ревматоидный фактор (РФ), антитела к циклическим цитруллинированным пептидам (АЦЦП), СОЭ крови. Для диагностики СГМС использовались опросник Хакима и Грэхема, 2006 г. и Брайтоновские критерии, модифицированные Грэхемом, 2009 г. Это были женщины с серопозитивным РА в развернутой стадии Р – стадии II–III.

Результаты. При анализе клинических проявлений больных 2 групп с РА на фоне СГМС и с РА без предшествующего СГМС оказалось, что эти группы сопоставимы по возрасту, по полу, были серопозитивными по РФ. Вместе с тем в 1-й группе больных с РА на фоне СГМС отмечались сильные боли

в суставах по интенсивности, возникшие после значительной физической нагрузки или занятии спортом, что заставляло врачей госпитализировать больных с стационар. Однако функциональная способность суставов не была значительно нарушена, заболевание развивалось постепенно, без повышения температуры тела. Показатели интенсивности боли при ходьбе по ВАШ по оценке пациентом отмечались на уровне 80 мм, а по оценке ВАШ врачом – 46 мм, число болезненных суставов (ЧБС) – 13,2, число отечных суставов (ЧОС) – 3,5, длительность заболевания составляла в среднем 3 года, системных проявлений заболевания не отмечалось. В группе больных РА фоне СГМС СОЭ крови составляло 24,7 мм/ч, СРБ – 26 мг/л, РФ – 29 ед/л, 1/3 больных были АЦЦП-позитивными. Степень активности РА по DAS-28 составляла 3,5, т. е. отмечалась II степень активности заболевания, при рентгенологическом исследовании диагностирована II стадия РА. В группе пациентов с РА без предшествующего СГМС показатели интенсивности боли при ходьбе по ВАШ у пациентов отмечалась 60 мм, по оценке ВАШ врачом – 51 мм, ЧБС составляло 9,6, ЧОС – 5,2, длительность заболевания в среднем констатирована 7 лет, отмечались системные проявления заболевания: полинейропатия, ревматоидные узлы, лихорадка в 13 % случаев. В группе пациентов с РА без предшествующего СГМС СОЭ крови составляло 48,2 мм/ч, СРБ – 42 мг/л, РФ – 56 ед/л, 50 % пациентов были АЦЦП-позитивными. Степень активности РА по DAS-28 составляло 5,4, т. е. отмечалась III степень активности, при рентгенологическом обследовании у 20 пациентов отмечалась II стадия, у 18 пациентов – III стадия заболевания, у 50 % больных отмечалась АГ.

Выводы. 1. При РА на фоне СГМС по сравнению с группой больных с РА без предшествующего СГМС отмечался выраженный болевой синдром с большими значениями по ВАШ, связанный с повышенной физической нагрузкой, в то же время показатели воспаления крови были значительно ниже, чем у пациентов с РА без предшествующего СГМС. 2. При РА на фоне СГМС отмечалась более низкая степень активности, чем при РА без предшествующего СГМС, серопозитивность по РФ и выявление АЦЦП были значительно выше у больных РА без предшествующего СГМС. 3. Деструктивные проявления при рентгенологическом исследовании были гораздо более выражены при РА без предшествующего СГМС и достигали у почти половины пациентов с РА III стадии. 4. При РА на фоне СГМС отмечалась лучшая функциональная способность суставов. 5. При РА на фоне СГМС не отмечалось системных проявлений заболевания по сравнению с РА без предшествующего СГМС. 6. В целом РА на фоне СГМС протекал более доброкачественно, что заставляло врачей-ревматологов самым тщательным образом доказывать принадлежность к РА.

Опыт применения инфликсимаба в комплексной терапии с метотрексатом в лечении ревматоидного артрита в течение 48 недель

Комаров В.Т., Фадеева С.С., Саямова Л.И.

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

Цель исследования – оценка эффективности применения инфликсимаба (ремикеид, Шеринг-Плау, Нидерланды) при лечении больных ревматоидным артритом (РА) в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование было включено 23 пациента с РА, проходивших лечение в отделении ревматологии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в течение 3 лет. Критериями включения в исследование являлись неэффективность

предшествующей базисной терапии метотрексатом в дозе 15 мг, отсутствие приема ГИБП в анамнезе. Среди включенных в исследование лиц было 7 мужчин и 16 женщин. Средний возраст больных составлял $35,5 \pm 6,7$ года, продолжительность заболевания – $4,6 \pm 2,8$ года. Все пациенты были серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ). У 9 человек диагностирована II степень активности заболевания по DAS-28, III степень – у 14 пациентов. Положительный антицитруллиновый цитоплазматический пептид (АЦЦП) выявлен у 12 человек (средний уровень – $56,7$ ед/л). Рентгенологическая стадия II отмечалась у 15 больных, III стадия – у 8 пациентов. Клиническую эффективность комплексной терапии анализировали по индексу активности DAS-28, лабораторную эффективность – по динамике СОЭ, вЧСРБ и РФ. Обследование пациентов проводили исходно и через 48 нед наблюдения. При обработке результатов исследования использовали лицензионную версию программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты. Прием инфликсимаба завершили 22 пациента (96 %). Одна пациентка досрочно прекратила участие в исследовании по причине развития флеботромбоза левой голени после однократной инфузии инфликсимаба. Анализ полученных результатов свидетельствует о значительном клиническом эффекте комплексной терапии у пациентов с РА. Это подтверждается достоверным снижением DAS-28. Средние значения индекса DAS-28 исходно составили $6,1 \pm 0,1$ ед., через 48 нед – $4,6 (4,5; 4,7)$ ед. ($p < 0,01$). При детальном анализе выявлено, что к концу наблюдения у 4 больных отмечена низкая степень активности ($2,9 \pm 0,1$ ед.), у 14 – средняя ($4,4 \pm 0,5$ ед.), у 2 – высокая ($5,1 (5,1; 5,5)$ ед.). У 2 больных достигнута ремиссия по DAS-28 (уровень показателя снизился менее, чем на 2,6 ед.). Уровень СОЭ снизился с $44 (43; 46)$ мм/ч до $26 (26; 27)$ мм/ч ($p < 0,01$). Исходный показатель вЧСРБ с $42,5$ мг/л, до $21,5 \pm 1,3$ мг/л ($p < 0,01$). РФ крови уменьшился со 120 ед/л до 103 ед/л ($p < 0,01$). Выводы. Применение инфликсимаба с метотрексатом в дозе 15 мг/нед свидетельствует об эффективности комплексной терапии в лечении РА. Использование ГИБП при РА позволяет контролировать течение заболевания и улучшать функциональные возможности пациентов.

Метаболический синдром и сердечно-сосудистые риски у молодых коренных жителей Югры

Корнеева Е.В., Воевода М.И.

Сургутский государственный университет, Сургут,
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической
медицины, Новосибирск

Цель работы – оценить сердечно-сосудистые риски проявлений метаболического синдрома (МС) у молодого коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Материалы и методы. В результате обследования 722 коренных жителей (ханты и манси) деревни Русскинская Сургутского района ХМАО – Югры в возрасте 18–44 лет выявлены метаболические изменения у 210 женщин (29,1 %) и 117 мужчин (16,2 %). Средний возраст – $33,51 \pm 0,37$ года. Контрольная группа была представлена 66 ханты и манси (35 женщин и 31 мужчина). Всем пациентам были проведены антропометрическое (масса тела, объем талии (ОТ), ИМТ), лабораторное (уровень ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, глюкозотолерантный тест), инструментальное (измерение систолического и диастолического АД в дневное время) исследования. Все участники исследования подписали информированное согласие. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программного комплекса Statistica for Windows v.7.0.

Результаты. Выявлена высокая частота метаболических нарушений среди родственников обследованных пациентов. Ожирение среди родителей встречалось с одинаковой частотой, как среди женщин, так и мужчин. АГ среди родителей мужчин ханты и манси отмечена на 11,8 % чаще, чем среди родителей коренных жителей. Сахарным диабетом (СД) среди родителей женщин страдали 16,4 % и среди мужчин – 22,5 % человек. Женщины клинической группы имели значение ИМТ $34,12 \pm 0,67$ кг/м² с превышением ОТ на 7,9 % ($86,29 \pm 0,18$ см) от нормы. У мужчин клинической группы ИМТ составило $29,27 \pm 0,15$ кг/м² с преобладанием избыточной массы тела и ОТ превышало рекомендуемые значения на 6,9 %. Уровень ХС ЛПНП у пациенток с МС на 28,8 % превышал данный показатель у женщин контрольной группы. У мужчин ХС ЛПНП превышали референтные значения на 25,6 %. У женщин наблюдали снижение уровня ХС ЛПВП (на 29,2 %), что превышало в 14,6 раза снижение этого показателя у мужчин (снижение ХС ЛПВП на 2 %). Среди обследованных пациентов СД 1-го типа страдали 13,7 % человек, из них 2,7 % женщины и 5,8 % мужчин. Нарушение толерантности к глюкозе было выявлено у 40,1 % пациентов, из них у 35,4 % женщин и у 45,3 % мужчин. Исходные средние значения глюкозы в сыворотке крови натощак у женщин с МС превышали нормальные показатели на 23,6 %. У мужчин с МС уровень глюкозы в сыворотке крови был выше на 41,1 % средних показателей глюкозы у здоровых мужчин. АГ страдали 14 мужчин, что в 1,5 раза чаще, чем женщины (10 человек). Три пациента отметили перенесенный ИМ и 1 пациент – инсульт головного мозга. Возраст пациентов на момент данных заболеваний был 39,4, 40,5, 37,8 и 40,7 года. Средняя величина систолического АД у мужчин с МС превышала систолического АД у женщин на 16,9 %. У 34,4 % больных отмечены низкие показатели пульсового АД, что указывало на перегрузку сердца. Высокие показатели пульсового АД встречались у 30,0 % обследованных пациентов, что свидетельствовало о развитии гипоксии тканей организма на фоне медленной работы сердца.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о выраженности сердечно-сосудистых рисков, таких как дислипидемия, АГ, инсулинорезистентность у коренного молодого населения Югры. Выбор профилактических мероприятий, включающих своевременное снижение массы тела, адекватный контроль АД, коррекция липидного и углеводного обмена, позволит достичь низкого сердечно-сосудистого риска у пациентов в более старшем возрасте.

Микроциркуляторное русло, микроциркуляция и сосудистая проницаемость при инфаркте миокарда у пациентов, прекративших курить

Корнеева Н.В., Сиротин Б.З.

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск

Цель исследования – изучить состояние микроциркуляторного русла (МЦР), микроциркуляции (МЦ) и сосудистую проницаемость в острой стадии ИМ у пациентов, прекративших курить.

Материалы и методы. Обследовано 54 больных ИМ, получавших лечение в кардиологических отделениях ККБ № 2 г. Хабаровска. Диагноз ИМ был подтвержден лабораторными (диагностические титры кардиоспецифических ферментов) и инструментальными (ЭКГ, коронарная ангиография) диагностическими методами. Все давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Не включали пациентов, страдающих сахарным диабетом, различными

формами аритмии, хронической сердечной недостаточностью IIБ–III степени, с сопутствующими заболеваниями легких, почек, онкологией. Все были разделены на 3 группы: 1-я группа – прекратившие курение ($n = 15$, М:Ж = 13:2, средний возраст $54,3 \pm 2,1$ года, (здесь и далее М – среднее значение, m – ошибка средней), средняя длительность курения – $23,7 \pm 2,4$ года, средняя давность отказа от курения – $11,8 \pm 2$ года, 2-я группа – курящие ($n = 28$, М:Ж = 23:5, средний возраст – $51,8 \pm 1,4$ года), длительность курения – $32,1 \pm 2,2$ года, количество выкуриваемых сигарет в 1 и 2 группах было одинаковым, 3-я группа – не курившие ($n = 11$, М:Ж = 3:8, средний возраст $59,2 \pm 1,5$ года). Длительность ИБС у курящих была наименьшей – $0,7 \pm 0,3$ года, максимальной – у бывших курильщиков ($2,2 \pm 0,5$ года), все пациенты имели одинаковое число ИМ в анамнезе. Проводили компьютерную видеобиомикроскопию конъюнктивы (ВБМСК). По полученному изображению, увеличенному в 96 раз, производили морфометрию микрососудов (мкм). Сосудистую проницаемость оценивали по общему или локальному отеку конъюнктивы. Внутрисосудистую агрегацию эритроцитов (ВСАЭ) определяли по разработанной нами методике в зонах угла глаза, центральной, переходной и перилимбальной (патент № 2613082). Сравнивали 1-ю группу (прекративших курить) со 2-й и 3-й, используя статистические пакеты SAS 9.4 и Statistica 10. Критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. После отказа от курения в сравнение с курящими значительно увеличивался средний диаметр артериол ($17,3 \pm 0,7$ мкм и $11,6 \pm 0,4$ мкм, $p_1 < 0,0001$) и капилляров ($10,5 \pm 0,4$ мкм и $8,8 \pm 0,3$ мкм, $p_1 = 0,0091$) до уровня не куривших ($15,7 \pm 0,6$ мкм, $p_2 = 0,2763$ и $9,5 \pm 0,3$ мкм, $p_2 = 0,2643$, соответственно). Показатель артериоло-венулярного коэффициента (АВК) у бывших курильщиков также возрастал в сравнение с курящими ($0,56 \pm 0,03$ и $0,4 \pm 0,02$, $p_1 = 0,0003$). Полученные у пациентов с ИБС результаты по восстановлению среднего диаметра артериол, капилляров, АВК идентичны наблюдаемым нами ранее у молодых практически здоровых людей. После прекращения курения наблюдали значительное увеличение количества капилляров ($4,7 \pm 0,376$ ед/мм², $p_1 < 0,0001$) до уровня не куривших ($4,88 \pm 0,381$ ед/мм², $p_2 = 0,9392$) с исчезновением характерного для куривших феномена «рарификации», также как и у молодых людей, прекративших курение. Приведенные аналогии указывают на однонаправленность позитивных изменений в МЦР, происходящих у бывших курильщиков, независимо от возраста и наличия заболевания сердца. У прекративших курение в сравнение с курящими распространенность ВСАЭ в зоне угла глаза, переходной и центральной областях была меньше, статистические различия по данному показателю выявлены в зоне перилимба ($p_1 = 0,0358$). Количество областей конъюнктивы с выявленной ВСАЭ во всех группах было одинаковым. У прекративших курить не выявили значимых различий в показателях, характеризующих сосудистую проницаемость, в сравнении с курящими. Отсутствие различий в показателях сосудистой проницаемости и распространенности ВСАЭ у бывших курильщиков при ИМ в отличие от молодых людей, у которых после отказа от курения данные показатели значимо уменьшались в сравнении с курящими при ИМ, указывают на тяжелые нарушения микрогемореологии, обусловленные ИМ.

Выводы. В острую стадию ИМ у прекративших курить в сравнении с курящими выявлены позитивные особенности в структуре МЦР: восстановление размеров артериол, капилляров и количества функционирующих капилляров на 1 мм² конъюнктивы, увеличение АВК до уровня не куривших. Прекращение курения значимо не влияет на сосудистую проницаемость и гемореологию при ИМ. Приведенные результаты исследования обосновывают отказ от курения при ИМ.

Вариативность ритма и частоты сердечных сокращений в гендерных группах студентов-первокурсников

Королева Л.Ю., Кондрашова А.А.

Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Медицинский институт, Орел

Ритм сердца и частота сердечных сокращений (ЧСС) имеют индивидуальные особенности у лиц в зависимости от пола и возраста.

Цель работы – исследование вариативности ритма и частоты сердечных сокращений в гендерных группах студентов-первокурсников в г. Орле и Орловской области.

Материалы и методы. Проведено скрининговое исследование состояния сердечно-сосудистой системы посредством однократной регистрации ЭКГ с последующим многомерным статистическим анализом полученных ЭКГ-параметров у 264 студентов, обучающихся на первом курсе Орловского государственного университета им. И.С. Тургенева в 2016–2017 учебном году.

Результаты. Обследованные студенты были разделены на 4 группы в зависимости от пола и возраста. В 1-ю группу вошли девушки ($n = 49$) в возрасте 17 лет, во 2-ю – юноши ($n = 15$) в возрасте 17 лет, в 3-ю – девушки ($n = 135$) в возрасте 18 лет, в 4-ю группу – юноши ($n = 65$) в возрасте 18 лет. Во всех 4 группах у абсолютного большинства обследуемых выявлен синусовый ритм: в 1-й группе – у 45 человек, во 2-й – у 13, в 3-й – у 122, в 4-й – у 60 человек. У 24 участников скринингового исследования выявлены эктопические ритмы (предсердный ритм с нормальной ЧСС определялся у 12 человек с одинаковой частотой у девушек и юношей во всех группах, внутрисердечная миграция водителя ритма с ЧСС в пределах нормы выявлена у 11 обследуемых (8 – в группе девушек в возрасте 18 лет и по 1 – во всех остальных группах), у 1 девушки 18 лет был выявлен внутрисердечный ритм с ЧСС 79 в минуту). Во всех 4 группах у обследуемых лиц с синусовым ритмом был произведен анализ ЧСС. В 1-й группе девушек в возрасте 17 лет у абсолютного большинства ($n = 32$) регистрировалась синусовая аритмия с изменениями ЧСС от 62 до 87 в минуту. Нормальная ЧСС без синусовой аритмии выявлена у 7 обследуемых, у 6 – брадикардия с ЧСС от 55 до 59 в минуту, Синусовая аритмия с ЧСС 68–88 в минуту преобладала и в группе юношей 17 лет ($n = 8$), у 2 наблюдался синусовый ритм без аритмии с нормальной ЧСС, у 3 – брадикардия с ЧСС 47–55 в минуту. Следует отметить, что тахикардии не выявлено ни у одного студента данных групп. В 3-й группе девушек в возрасте 18 лет синусовая аритмия с ЧСС от 62 до 88 в минуту была выявлена у преобладающего большинства ($n = 74$), нормальная ЧСС определена у 25 студенток и брадикардия с ЧСС от 46 до 59 в минуту – у 20 человек. Необходимо отметить, что в число 18-летних девушек с выявленной брадикардией входили 6 профессиональных спортсменок университета. В 4-й группе юношей 18-летнего возраста также преобладала синусовая аритмия с ЧСС в пределах нормы, у 17 обследуемых наблюдался синусовый ритм с нормальной ЧСС без аритмии, у 13 – брадикардия с ЧСС от 48 до 56 в минуту (2 из них профессионально занимаются спортом). Тахикардия регистрировалась с одинаковой частотой в группах девушек и юношей в возрасте 18 лет и составила 3 человека в 3-й группе (с ЧСС от 110 до 126 в минуту) и 3 человека – в 4-й группе (с ЧСС от 94 до 115 в минуту). Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что синусовый ритм регистрируется у абсолютного большинства лиц мужского и женского пола в возрасте 17–18 лет, при этом в 9 % случаев были выявлены эктопические ритмы, требующие дополнительного обследования и наблюдения за участниками данной группы. При анализе ЧСС выявлено, что у молодых людей обследуемых групп преимущественно

выявляется ЧСС в пределах возрастной нормы, с преобладанием синусовой аритмии. Брадикардия регистрируется примерно с одинаковой частотой у юношей и девушек и особенно характерна для молодых людей, профессионально занимающихся спортом. Тахикардия выявляется в норме у подростков до 16 лет, что получило подтверждение в данном исследовании, в ходе которого выявлены единичные случаи увеличения ЧСС у молодых людей в возрасте 17–18 лет.

Возможности «Астма-школ» в комплексной терапии бронхиальной астмы

Коршунова Л.В., Солодун М.В.

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

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых распространенных заболеваний органов дыхания. Вылечить заболевание не представляется возможным, однако оно поддается контролю. Достижение эффективного контроля над БА во многом зависит от активного участия самих больных, их информированности об особенностях заболевания.

Цель работы – оценить влияние образовательных программ «Астма-школ» на течение БА.

Материалы и методы. В исследование включено 36 больных БА среднего и тяжелого течения. На момент включения в исследование все пациенты имели неконтролируемую БА. Из них 19 человек посещали занятия в «Астма-школе» – опытная группа, остальные 17 человек – контрольная группа, в которой образовательные программы не проводились. Всем пациентам была назначена базисная терапия БА в соответствии с уровнем контроля. Программа «Астма-школы» включала в себя лекции о причинах, особенностях патогенеза и течения БА с использованием наглядного материала, рекомендации в отношении профилактических мероприятий, знакомство со спектром лекарственных препаратов, обучение правилам медикаментозной терапии, пользованию ингаляторами и возможностью самоконтроля БА с помощью пикфлоуметра. Результаты оценивались исходно и через 3 мес по показателям спирометрии, тесту по контролю над астмой (АСТ-тест), опроснику качества жизни SF-36 и данным тестового контроля уровня знаний пациентов. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. По истечении 3 мес терапии в группе пациентов, посещавших занятия в «Астма-школе», был получен статистически значимый прирост значений ОФВ1 (19,9 %) и МОС75 (30,9 %), $p < 0,05$. Выраженная тенденция к увеличению значений отмечалась и по МОС25 (19,0 %), МОС50 (17,4 %), $p > 0,05$. В контрольной группе статистически значимого прироста скоростных показателей спирометрии мы не получили, наблюдалась лишь незначительная тенденция к повышению значений: прирост ОФВ1 составил 5,4 %, МОС25 – 8,6 %, МОС50 – 8,0 %, МОС75 – 12,8 %, $p > 0,05$. Благодаря занятиям в «Астма-школе» удалось добиться приверженности больных к терапии, о чем свидетельствует малое количество обострений в опытной группе (25 %), в то время как 67 % больных контрольной группы вновь обратились за медицинской помощью за наблюдаемый отрезок времени. По результатам теста по контролю над БА 53 % больных опытной группы перешли на более высокую степень контроля БА. Положительная динамика отмечалась и в уровне знаний пациентов о своем заболевании. После посещения «Астма-школы» значительно возросло количество правильных ответов (на 25 %), снизилось количество неправильных (на 6 %) и варианта ответа «не знаю» (на 19 %). По данным опросника SF-36, качество жизни пациентов статистически значимо улучшилось по 6 показателям из 8 ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Образовательные программы «Астма-школы» оказывают положительное влияние на течение бронхиальной астмы, благодаря чему удалось повысить комплаенс пациентов, добиться улучшения показателей функции внешнего дыхания, снизить количество обострений, а также повысить качество жизни больных опытной группы по сравнению с контрольной группой. 2. «Астма-школы» должны включаться в комплексную программу лечения пациентов с бронхиальной астмой в качестве одного из основных звеньев.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов 6-го курса лечебного факультета

Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Шадрин А.А., Другова М.А., Бабина Н.А.

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

Актуальность. Сегодня резервы молодых людей, в том числе физическая работоспособность, не только снижают успешность обучения в ВУЗе, а также увеличивают риск отклонений сердечно-сосудистой системы, формируя условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель исследования – оценить распространенность ФР ССЗ у студентов Пермского медицинского университета.

Материалы и методы. Нами проведен анализ уровня здоровья 110 студентов (50 юношей и 60 девушек), обучающихся по специальности «Лечебное дело». Программа обследования включала выявление основных факторов ССЗ, измерение АД по стандартной методике, экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови, а также метод дисперсионного картирования ЭКГ (Кардиовизор). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 8.0.

Результаты. Средний возраст респондентов в исследуемой выборке был $24,44 \pm 9,1$ года, 45 % мужчин и 65 % женщин. Мужчины предъявляют жалобы на утомляемость (20 %) и снижение работоспособности (7,8 %); а девушки в большей степени отмечают снижение работоспособности (13,7 %). Показатель ИМТ находится в пределах нормы – $21,87 \pm 9,55$, при этом у 10,2 % – избыточная масса тела и у 1 % – ожирение. Средний уровень систолического АД (САД) составлял $115,92 \pm 0,78$ мм рт.ст., диастолического – $68 \pm 10,9$ мм рт.ст. При этом 7 % обследуемых имели повышенное нормальное САД – $130,63 \pm 5,1$ мм рт.ст., также 4 % студентов – АГ с уровнем САД – $145,61 \pm 8,2$ мм рт.ст. Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) составила $68,81 \pm 10,9$ уд/мин, обращает на себя внимание, что средняя ЧСС выше у группы с повышенным нормальным САД $71,2 \pm 14,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Показатель глюкозы крови натощак – $5,1 \pm 0,67$ ммоль/л, холестерина – $3,98 \pm 1,07$ ммоль/л, но у 20 % студентов уровень глюкозы превышает 5,5 ммоль/л и у 9 % – холестерин более 5,0 ммоль/л. 30 % студентов употребляют никотин, из них 45 % юношей и 55 % девушек, уровень холестерина в этой подгруппе составил $4,2 \pm 0,99$ ммоль/л. По данным дисперсионного картирования ЭКГ у более 50 % респондентов выявлены изменения миокарда желудочков. Ежедневно работают на компьютере 60 % юношей и 40 % девушек, в том числе периодически по ночам – 35 % юношей и 21 % девушек. Отсутствие физических нагрузок отметили 76 % студентов.

Выводы. Вероятно, в настоящий момент в связи с урбанизацией и загруженностью студентов низкий уровень двигательной активности является одним из факторов, лимитирующих функциональные резервы, в том числе сердечно-сосудистой системы. Другим фактором, негативно влияющим на уровень адаптации студентов, является информационная

перегрузка (компьютерные игры, мобильные телефоны с выходом в Интернет). А также лидируют АГ и курение.

Рост смертности от сахарного диабета и пути решения проблемы на территории Пермского региона

Корягина Н.А., Онянов А.М., Лесников В.В., Мелехова О.Б., Наумов С.А.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы, Клинический кардиологический диспансер, Пермь

Цель работы – анализ учета потерь населения от сахарного диабета на территории Пермского региона.

Материалы и методы. Использованы материалы анализа показателей смертности населения Пермского края за 2016 г. в сравнении с аналогичным периодом 2015 г. по основным причинам смертности, формы государственной статистической отчетности по смертности, данные Росстата, Пермского бюро медицинской статистики, а также материалы тематических исследований, касающихся вопросов смертности краевого бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты. При проведении анализа показателей основных причин смертности и междисциплинарного взаимодействия в 2016 г. отмечен существенный рост смертности по региону от сахарного диабета почти в 30 раз, 0,09 % от всех свидетельств до 2,97 % в 2016 г., за счет увеличения числа медицинских свидетельств о смерти с первоначальной причиной «сахарный диабет», оформленных в бюро судебно-медицинской экспертизы, в связи с получением доступа к электронно-медицинской карте и внедрения в практику гистологических и биохимических методик посмертной диагностики диабета.

Выводы. Сахарный диабет не полностью выявлен у населения, при регистрации причин смерти вместо диабета указаны диабетические осложнения – частота таких ситуаций возрастает с возрастом умершего. Искажение картины заболеваемости и получение медицинской помощи для выравнивания вклада сахарного диабета, в свою очередь, являются предпосылкой для организаторов здравоохранения и позволяет принимать управленческие решения для расширения спектра мер по профилактике заболеваний среди населения Пермского края.

Ретроспективный анализ уровня фибриногена плазмы при применении рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы у больных острым инфарктом миокарда

Костогрыз В.Б.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк

Цель работы – изучить уровень фибриногена плазмы при применении рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы у больных острым ИМ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт стационарных больных, госпитализированных в первые 6 ч от начала острого ИМ с подъемом сегмента ST, изучен уровень фибриногена плазмы, определяемого в течение 24 ч после применения рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы. Первую группу

составили 30 пациентов, которым проводилась фибринолитическая терапия рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназой, 2-ю группу – 30 пациентов, получивших тенектеплазу. Во всех случаях уровень фибриногена плазмы определяли гравиметрическим методом по Р.А. Рутберг.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 8,4$ года (в 1-й группе – $56,6 \pm 6,8$ года, во 2-й – $56,4 \pm 8,2$ года). Среднее время боль-и-гла составило $140,2 \pm 6,8$ мин. Статистически значимых различий распределения по возрасту и полу, а также значению времени боль-и-гла в сравниваемых группах выявлено не было ($p > 0,05$). Уровень фибриногена плазмы, определяемый в течение 24 ч после введения фибринолитических препаратов, в 1-й группе составил $4,10 \pm 0,84$ г/л, во 2-й – $3,42 \pm 0,92$ г/л. При этом уровень фибриногена плазмы у пациентов 2-й группы был достоверно ниже, чем в 1-й группе ($T = 2,12$, $p = 0,04$).

Выводы. Ретроспективный анализ уровня фибриногена плазмы при применении рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы и тенектеплазы у больных острым ИМ с подъемом сегмента ST в первые 24 ч после фибринолитической терапии показал достоверное снижение уровня фибриногена плазмы после применения тенектеплазы по сравнению с уровнем фибриногена плазмы после применения рекомбинантной неиммуногенной стафилокиназы.

Особенности течения и прогноз исхода язвенной болезни у больных с множественными поражениями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием лектиногистохимии

Костюкова Е.А., Кляритская И.Л., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В.

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

Цель работы – определение клиничко-эндоскопических и морфологических критериев *H. pylori*-ассоциированной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (множественных пептических язв (МПЯ)) с применением гистохимического исследования фукососпецифичных лектинов с последующей разработкой предикторов благоприятного (рубцевания, успешная эрадикация) и неблагоприятного (прогрессирование атрофии) течения заболевания. Задачи: выявить особенности клиничко-эндоскопических показателей и морфологических изменений слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны при *H. pylori*-ассоциированной язвенной болезни МПЯ. Установить корреляционные зависимости между особенностями клинического течения, эндоскопических изменений, прогноза и показателями лектиногистохимии.

Материалы и методы. Проводилось обследование и лечение 203 пациентов с язвами желудка и ДПК со средним возрастом $43,20 \pm 11,42$ года. В зависимости от количества и локализации пептических язв пациенты были разделены на 5 групп. В 2 контрольные группы сравнения вошли 76 человек с единичными пептическими язвами (ЕПЯ) желудка (23 больных) и ДПК (53 больных). Также были сформированы 3 группы исследования, в которые вошли 127 пациентов с МПЯ желудка и/или ДПК. В 3-ю группу были включены 31 больной МПЯ желудка, в 4-й группе – 64 пациента с МПЯ ДПК, в 5-ю группу – 32 больных с сочетанными язвами СО желудка и СО ДПК. Сформированные группы не имели достоверных различий по возрасту ($p > 0,5$), в то же время во всех группах отмечалось преобладание пациентов мужского пола ($p < 0,01$). Всем пациентам выполнялись общеклинические, исследования биоптатов СО желудка

согласно Сиднейской классификации, Хьюстонского пересмотра, модифицированной визуально-аналоговой шкалы системы Operative Link for Gastritis Assessment (шкала OLGA), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), лектиногистохимические исследования биоптатов, 13С-мочевинный дыхательный тест (13С-СДТ), уреазный тест), статистические методы обработки информации. Для дальнейшей оценки эффективности терапии при МПЯ пациенты с множественными поражениями СО были разделены на 3 группы, в которые были равномерно распределены пациенты с поражениями желудка, ДПК и их комбинации. Пациентам 1-й группы эрадикация *H. pylori* проводилась терапией 1-й линии, включающей кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки и ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день в течение 10 дней. Во 2-й группе в режиме квадротерапии использовались де-нол 120 мг 4 раза в день, пантопрозол 40 мг 2 раза в день, левофлоксацин 500 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней. Пациентам 3-й группы были назначены – в первые 5 дней ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), а последующие 5 дней – ИПП, кларитромицина (500 мг 2 раза в сутки) и метронидазол (500 мг 2 раза в сутки).

Результаты. Установлено, что *H. pylori*-ассоциированная язвенная болезнь с МПЯ характеризуется достоверно более частой встречаемостью геморрагических проявлений (у пациентов с МЯ – 26,77 %, против 14,47 % у больных с ЕПЯ), ($p < 0,05$), дуодено-гастрального рефлюкса (77,17 и 44,74 % соответственно) ($p < 0,05$); более высокой степенью обсемененности *H. pylori* (в 100 % случаев при МПЯ, а у пациентов с ЕПЯ в 86,95 % случаев. МПЯ сопровождалась высоким уровнем концентрации лектинов. Выявлены обратные и прямые корреляционные связи между уровнями лектинов SNA, Cop-A и воспалительными (лейкоцитарная инфильтрация: $r = -0,50$ и $r = 0,52$, лимфоцитарная инфильтрация: $r = -0,47$ и $r = 0,51$, $p < 0,05$, воспаление по классификации OLGA: $r = 0,37$ и $r = 0,41$, $p < 0,05$) и атрофическими изменениями (атрофия: $r = -0,61$ и $r = 0,48$ кишечная метаплазия: $r = -0,57$ и $r = 0,43$ атрофия по классификации OLGA: $r = -0,56$ и $r = -0,44$, $p < 0,05$) СО антрального отдела желудка. Снижение концентрации лектинов после успешного курса эрадикационной терапии ассоциировалось с благоприятным прогнозом *H. pylori*-ассоциированной язвенной болезни. Общепринятый курс тройной АВТ в течение 7 дней продемонстрировал недостаточную эффективность у больных с *H. pylori*-ассоциированной язвенной болезнью с МПЯ (эрадикация – 73,81 %, рубцевание – 88,1 %), что требует применения обновленных лечебных стратегий у больных с неблагоприятным течением заболевания: последовательную терапию (эрадикация – 95,12 %, рубцевание – 95,12 %) и квадротерапию с Ви (эрадикация – 86,36 %, рубцевание – 97,73 %) в течение 10–14 дней.

Неалкогольная жировая болезнь печени и стеатоз поджелудочной железы у лиц с ожирением

Косюра С.Д., Ливанцова Е.Н., Красилова А.А., Вараева Ю.Р., Стародубова А.В.

Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Ежегодный рост количества людей с ожирением мотивируют к выявлению осложнений, приводящих к ранней инвалидизации и смертности работоспособного населения.

Цель исследования – определить частоту выявления неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и стеатоза поджелудочной железы

(ПЖ), стеатоза печени и поджелудочной железы (ПЖ) у лиц с ожирением. Материалы и методы. В исследование были рандомизированы 182 пациента с ИМТ больше 30 кг/м². Медиана возраста составила 54 (42;59), медиана ИМТ 38,2 (34,5;42). Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование с определением липидного профиля, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, амилазы общей и панкреатической, липазы, мочевой кислоты, глюкозы, инсулина, С-пептида, адипонектина, лептина, биоимпедансометрии, УЗИ органов брюшной полости. Результаты. По данным УЗИ органов брюшной полости НАЖБП диагностирована у 52 пациентов (42,6 %), стеатоз ПЖ – у 93 (76,2 %), сочетание НАЖБП и стеатоза ПЖ – у 48 (39,3 %). Стеатоз печени коррелировал с уровнем АСТ (R 0,28; $p < 0,05$), АЛТ (R 0,33; $p < 0,05$), глюкозы (R 0,31; $p < 0,05$), триглицеридов (R 0,29; $p < 0,05$), С-пептида (R 0,34; $p < 0,05$), мочевой кислоты (R 0,25; $p < 0,05$), степенью стеатоза ПЖ (R 0,39; $p < 0,05$), семейным анамнезом по АГ (R 0,24; $p < 0,05$) и отрицательно коррелировал с уровнем адипонектина (R 0,29; $p < 0,05$). Степень стеатоза ПЖ коррелировал с возрастом (R 0,28; $p < 0,05$), полом (R 0,22; $p < 0,05$), уровнем мочевины (R 0,79; $p < 0,05$), наличием стеатоза печени (R 0,44; $p < 0,05$), семейным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям (R 0,36; $p < 0,05$) и отрицательно коррелировала с употреблением в пищу продуктов, богатых белком (R -0,21; $p < 0,05$), жирами (R -0,28; $p < 0,05$), крахмалом (R -0,27; $p < 0,05$), калием (R -0,22; $p < 0,05$) и натрием (R -0,23; $p < 0,05$). Выявлена корреляционная связь стеатоза печени и ПЖ с желудочно-кишечной болезнью (ЖКБ) (R 0,33; $p < 0,05$), (R 0,46; $p < 0,05$); узловым зобом (R 0,34; $p < 0,05$), (R 0,33; $p < 0,05$); наличием у пациентов А (R 0,35; $p < 0,05$), (R 0,36; $p < 0,05$); максимальными цифрами как систолического АД (САД) (R 0,47; $p < 0,05$), (R 0,41; $p < 0,05$), так и диастолического АД (ДАД), (R 0,32; $p < 0,05$) (R 0,33; $p < 0,05$) соответственно.

Выводы. Стеатоз поджелудочной железы диагностируется в 1,5–2,0 раза чаще, чем НАЖБП. Стеатоз ПЖ и НАЖБП чаще встречается у пациентов с АГ, ЖКБ, узловым зобом. У пациентов со стеатозом печени достоверно чаще выявляется гипертриглицеридемия, гипергликемия, инсулинорезистентность, гиперурикемия. Стеатоз ПЖ чаще выявляется у лиц, имеющих семейный анамнез по АГ и употребляющих продукты богатые белком, жирами, крахмалом.

Результаты внедрения программы интенсивного терапевтического мониторинга пациентов, перенесших обширные хирургические вмешательства, в условиях многопрофильного стационара

Котова Д.П., Шеменкова В.С., Богданова А.А., Котов С.В.

Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования – снижение частоты нехирургических осложнений у пациентов, перенесших радикальную цистэктомию.

Материалы и методы. С декабря 2011 по август 2017 г. в Университетской клинике урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы было прооперировано 67 пациентов по поводу мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (n = 44) – пациенты, перенесшие радикальную цистэктомию в период с 2011 по 2015 г., 2-я группа (n = 23) – пациенты, прооперированные с 2016 по август 2017 г., включенные в программу предоперационной подготовки пациентов. Программа заключалась в оценке предоперационных кардиологических рисков, кардиологическом обследовании пациентов, коррекции медикаментозной терапии, а также послеоперационном терапевтическом мониторинге в условиях отделений реанимации и

урологии. Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25 % и 75 % перцентиль). Пациенты в 2 группах достоверно не отличались по возрасту (67,5 (61,5–74) и 65,5(62–71), $p = 0,74$), ИМТ (27,5 (24–31) и 26,5 (24–29), $p = 0,6$), показателям индексов Lee (0,9 (0,4–6,6) и 0,9 (0,9–6,6), $p = 0,57$) и Gupta (0,45 (0,41–0,51) и 0,44 (0,34–0,5), $p = 0,29$). Среди пациентов 1-й группы были 31 мужчина и 13 женщин, во 2-й группе – 19 и 4 соответственно. Основные конечные точки (сердечная смерть, острый ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), тромбоэмболия легочной артерии) оценивались в течение 30 дней.

Результаты. В ретроспективной группе в течение 30 дней после операции умерло 7 пациентов (3 – вследствие развившегося в послеоперационном периоде острого ИМ, 2 – вследствие тромбоэмболии легочной артерии, 1 – вследствие ОНМК, 1 – вследствие острой сердечной недостаточности). В группе пациентов, включенных в программу активного мониторинга, умерло 2 пациента (в обоих случаях причиной смерти служил сепсис и хирургические осложнения). Случаев сердечной смерти не было. В 1 случае диагностирована тромбоэмболия легочной артерии, еще в 1 – острый коронарный синдром, потребовавший проведения стентирования коронарных сосудов. При оценке дополнительных конечных точек выявлено достоверное снижение продолжительности госпитализации во 2-й группе (20 (17–25) против 9 (7–18), $p = 0,0006$), а также длительности пребывания в отделении реанимации (5 (3,75–7) против 2 (2–2,25), $p = 0,0001$).

Выводы. Таким образом, внедрение программы предоперационной подготовки и активного терапевтического послеоперационного мониторинга привело к снижению частоты сердечной смерти и длительности госпитализации у пациентов, перенесших обширное хирургическое вмешательство.

Коморбидный пациент: особенности суточной динамики артериального давления у больных артериальной гипертензией на фоне хронической обструктивной болезни легких

Крючкова О.Н., Бубнова М.А., Костюкова Е.А.

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

АГ и ассоциированные с ней сердечно-сосудистые осложнения занимают ведущее место среди причин высокой смертности и ранней инвалидизации населения. Ситуация усугубляется при наличии коморбидной патологии. Достаточно часто наблюдается сочетание АГ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Важным прогностическим критерием высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений у таких пациентов являются индивидуальные особенности суточного профиля АД.

Цель исследования – проанализировать особенности показателей суточного мониторирования АД у больных АГ и коморбидных пациентов (АГ и ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано 54 пациента, средний возраст которых составил $60,9 \pm 1,24$ года. Больные разделены на 2 группы: 1-я группа ($n = 32$) – пациенты с АГ, 2 группа ($n = 22$) – с коморбидной патологией (АГ и ХОБЛ). Критерии исключения: возраст менее 40 и более 80 лет, тяжелые степени АГ и ХОБЛ, наличие сопутствующих заболеваний, способных повлиять на результаты исследований (тяжелое поражение органов-мишеней, ИМ, инсульт, сахарный диабет, бактериальное обострение ХОБЛ и другие хронические заболевания в фазе обострения). Всем больным проводилось суточное мониторирование артериального давления на аппарате типа АВРМ-04 Cardiospyr фирмы Labtech (Венгрия).

Результаты. При изучении показателей суточного мониторирования АД у обследуемых выявлены следующие закономерности: по данным систолического АД (САД) в группе пациентов с АГ преобладают типы dipper и non-dipper (34 и 39 % соответственно), а в группе больных АГ и ХОБЛ отмечается четкое преобладание профилей non-dipper (53 %) и night reaker (47,6 %). Выявлено достоверное ($p = 0,03$) увеличение индекса нагрузки давлением (ИНД) САД в ночной период у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы (средние значения ИНД САД, %: $68,9 \pm 4,5$ и $47,8 \pm 5,4$ соответственно). При анализе вариабельности АД (StD), которая является важным предиктором поражения органов-мишеней, выявлены достоверные отличия между группами пациентов: средняя StD САД за сутки у пациентов 1-й группы составила $12,7 \pm 0,74$, у больных 2-й группы – $15,6 \pm 1,1$ ($p = 0,05$), средняя StD диастолического АД (ДАД) за сутки составила $8,8 \pm 0,6$ и $10,8 \pm 0,74$ соответственно ($p = 0,03$), средняя StD ДАД в дневное время: $7,8 \pm 0,55$ и $10,9 \pm 0,91$ соответственно ($p = 0,006$). Выводы. Повышение риска сердечно-сосудистых осложнений у коморбидных пациентов, вероятно, связано с выявленными нарушениями циркадных ритмов (недостаточным снижением и чрезмерным повышением АД в ночные часы), значительным увеличением индекса нагрузки САД в ночное время, более выраженной вариабельностью АД по сравнению с пациентами, страдающими только АГ. Понимание клинических особенностей течения коморбидных заболеваний необходимо для назначения адекватной терапии в целях коррекции патологических типов суточных кривых АД и снижения вероятности сердечно-сосудистых осложнений в данное время суток.

Сравнительная эффективность биспролола и его дженерических аналогов в контроле частоты сердечных сокращений у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий

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

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

ФП является одним из наиболее вероятных нарушений ритма сердца. Около 50 % пациентов с ФП – лица старше 70 лет, и более 30 % госпитализированных по поводу аритмии – больные с ФП. Возраст старше 64 лет у пациентов с ФП ассоциируется с риском кардиоэмболического инсульта. В связи с чем у пожилых пациентов с ФП чаще используется стратегия контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) в сочетании с профилактикой мозгового инсульта антикоагулянтами.

Цель исследования – оценка возможности повышения эффективности контроля ЧСС у пожилых пациентов с ФП при использовании оригинального биспролола. Задачи исследования: оценить сопоставимость эффективности оригинального и дженерических биспрололов в контроле ЧСС у пациентов с ФП суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ); проанализировать влияние изучаемых препаратов на показатели суточного мониторирования АД (СМАД).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 62 пациента с постоянной формой ФП, из них 24 мужчины и 38 женщин, средний возраст составил $73,4 \pm 2,3$ года. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа (32) – пациенты с ФП, которым в целях контроля ЧСС был использован оригинальный биспролол, 2-я группа (30) – больные, у которых применялись дженерические аналоги биспролола. Стартовая доза биспролола была 5 мг, с возможным увеличением до 10 мг/сут, в целях профилактики тромбоэмболических осложнений был использован варфарин. До включения в исследование и через 4 нед всем пациентам

проводилось СМЭКГ и СМАД. Анализировали минимальную, среднюю и максимальную ЧСС в дневное и ночное время, а также динамику этих показателей на фоне назначенной терапии. Оценивали динамику средних значений систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) за сутки. Результаты. До лечения в обеих группах обследуемых средние показатели ЧСС в дневное и ночное достоверно не различались. Средняя ЧСС днем в 1-й группе исследования была $105,1 \pm 17,02$ уд/мин, в ночное – $81,2 \pm 16,1$ уд/мин. Во 2-й группе средняя ЧСС днем $105,9 \pm 17,4$ уд/мин, в ночное время – $81,7 \pm 16,5$ уд/мин. На фоне проводимого лечения, у пациентов 1-й группы средняя ЧСС в дневное время составила $81,7 \pm 14,4$ уд/мин, у больных 2-й группы, принимавших дженерические препараты, средняя ЧСС составила $89,7 \pm 13,9$ уд/мин. В ночное время аналогичные параметры были равны соответственно $71,7 \pm 14,5$ уд/мин и $73,4 \pm 12,5$ уд/мин. Таким образом, наиболее эффективно средняя дневная ЧСС контролировалась оригинальным биспрололом (снижение ЧСС на 20,3 %, что достоверно отличается от действия дженерических препаратов). Количество пациентов, у которых удалось достичь ЧСС менее 110 уд/мин в покое при использовании оригинального биспролола – 26 (81,2 %) больных, при использовании дженерического биспролола – только 19 (63,3 %, $p < 0,05$). При проведении сравнительного анализа антигипертензивной эффективности у больных с сопутствующей АГ, не выявлено статистически значимых различий, по данным САД ($p > 0,05$) и ДАД ($p > 0,05$), что свидетельствует о сопоставимости гипотензивного эффекта оригинального и дженерических биспролола. На фоне проводимой терапии не выявлено достоверной разности ($p > 0,05$) в продолжительности пауз на ЭКГ у пациентов, принимающих оригинальный биспролол и дженерические препараты. Симптомной брадикардии или пауз продолжительностью более 2500 мс, которые могли потребовать отмены препарата у пациентов, включенных в исследование не наблюдалось.

Выводы. 1. У пожилых пациентов с ФП при выборе стратегии контроля ЧСС возможно использование оригинального и дженерических биспрололов. 2. Оригинальный биспролол достоверно более выражено замедляет ЧСС, что необходимо учитывать у пациентов с недостаточной эффективностью контроля ЧСС его дженерическими аналогами. 3. Оригинальный и дженерические биспрололы сопоставимо влияют на суточные показатели АД.

Динамика скорости клубочковой фильтрации у больных с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, в зависимости от выбора антигипертензивной комбинации

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

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

У пациентов с АГ, перенесших ишемический инсульт (ИИ), прогноз вторичных сердечно-сосудистых осложнений определяется выраженностью морфофункциональных изменений органов-мишеней. Наличие поражения почек обуславливает дополнительный риск кардиоваскулярных событий. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является показателем, который отражает функциональное состояние почек. Повышение сердечно-сосудистого риска возрастает обратно пропорционально уровню СКФ.

Цель исследования – обоснование дифференцированной комбинированной антигипертензивной терапии у больных АГ, перенесших ИИ, в зависимости от показателей СКФ. Задачи исследования: изучение влияния различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии на показатели суточного мониторирования АД и динамику СКФ у больных АГ, перенесших ИИ.

Материалы и методы. В исследование включено 75 больных с АГ I и II степени, перенесших ИИ и/или ТИА >3 мес назад на момент включения в исследование, которые были рандомизированы на 2 группы: в группе А – 37 пациентов (средний возраст – $60,76 \pm 1,32$ года), в группе В – 38 пациентов (средний возраст – $60,76 \pm 1,39$ года). В группе сравнения – 30 пациентов с АГ I и II степени без клинических поражений органов-мишеней, сопоставимых по полу и возрасту. Пациентам в группе А в целях контроля АГ назначалась комбинация оламесартан 10–20 мг/сут и гидрохлортиазид 12,5–25 мг/сут (олм + гхт), пациентам группы В назначалась комбинация оламесартан 10–20 мг/сут и амлодипин 5–10 мг/сут (олм + амл). Всем пациентам до назначения антигипертензивной терапии и через год наблюдения проводилось клиническое обследование с расчетом ИМТ, а также при биохимическом анализе крови определялся уровень креатинина в плазме и расчет СКФ по формуле Кокрофта–Голта. Проводилось суточное мониторирование АД и ЭКГ.

Результаты. При офисном измерении АД средние показатели АД в группе пациентов пожилого возраста, перенесших ИИ, составляли $152 \pm 1,31$ мм рт.ст. для САД и $79,4 \pm 1,3$ мм рт.ст. для ДАД, в группе сравнения САД $148,3 \pm 1,6$ мм рт.ст. и ДАД $88,7 \pm 1,1$ мм рт.ст., $p < 0,05$, что достоверно ниже, чем в группе пациентов пожилого возраста, перенесших ИИ. Уровень креатинина в плазме крови в группе пациентов, перенесших ИИ, составил $99,2 \pm 1,3$ мкмоль/л, в группе сравнения этот показатель был достоверно ниже и составил $83,7 \pm 2,6$ мкмоль/л, $p < 0,05$. Среднее значение СКФ у пациентов пожилого возраста, перенесших ИИ, составило $93,2 \pm 2,1$ мл/мин, что было достоверно ниже ($p < 0,0005$), чем в группе сравнения $101,4 \pm 3,6$ мл/мин. Через год наблюдения при приеме различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии выявлено сопоставимое снижение среднесуточных САД и ДАД, СрАД и показателей нагрузки давлением в группе олм + гхт и олм + амл, что отражает их одинаковую антигипертензивную эффективность. Средний уровень креатинина в плазме в группе А до лечения составил $(98 \pm 2,3$ мкмоль/л), на фоне терапии – $(93,4 \pm 2,1$ мкмоль/л, $p < 0,05$). В группе В уровень креатинина до начала терапии составил $(97,5 \pm 2,5$ мкмоль/л, $p > 0,05$), на фоне терапии олм + амл достоверно уменьшился и составил $(80,9 \pm 1,7$ мкмоль/л). Проанализировав динамику СКФ установлено, что терапия олм + амл в течение года способствовала статистически значимому повышению СКФ: до лечения – $(67,9 \pm 2,32$ мл/мин), на фоне терапии – $(76,5 \pm 2,5$ мл/мин, $p < 0,001$). Прием олм + гхт не показал достоверной разницы по показателю СКФ: до лечения – $(69,5 \pm 2,5$ мл/мин), на фоне терапии – $(72,4 \pm 1,7$ мл/мин, $p > 0,05$).

Выводы. 1. У пациентов с АГ, перенесших ИИ, наблюдается достоверно более низкий уровень СКФ, являющийся ранним маркером почечной дисфункции. 2. На фоне комбинированной антигипертензивной терапии на основе оламесартана у обследуемых пациентов пожилого возраста наблюдалось сопоставимое снижение средних показателей САД и ДАД. 3. Терапия олм + амл способствовала статистически достоверному повышению СКФ у пациентов с АГ, перенесших ИИ.

Влияние антигипертензивной терапии на показатели качества жизни пациентов

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

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

АГ ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистого риска, формированием когнитивного дефицита и снижением качества жизни (КЖ). В исследованиях Syst-Eur у пациентов с изолированной АГ применение

нитрендипина, а у части пациентов комбинации с эналаприлом или гидрохлортиазидом, позволило на 42 % снизить относительный риск фатального и нефатального инсульта и на 31 % риск всех сердечно-сосудистых осложнений. Продление терапии до 8 лет сопровождалось снижением риска деменции на 50 %.

Цель исследования – повышение качества жизни у пациентов с АГ при достижении эффективного контроля АД на фоне применения фиксированной комбинации эналаприла/нитрендипина. Задачи исследования: оценить возможность эффективного контроля АД у пациентов с АГ на фоне применения фиксированной комбинации эналаприла/нитрендипина; проанализировать изменения показателей суточного мониторирования АД (СМАД) у пациентов с АГ на фоне применения данной фиксированной комбинации; изучить динамику показателей КЖ у пациентов с эффективным контролем АД.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 34 пациента с АГ II степени (12 мужчин и 22 женщины), средний возраст составил 72,5 ± 2,2 года, которые не достигли целевого уровня АД на любой антигипертензивной терапии. Всем пациентам проводилось обследование в соответствии с действующими стандартами. До лечения и через 3 мес применения фиксированной комбинации эналаприл/нитрендипин 10–20 мг/сут проводилось СМАД с использованием стандартной методики оценки. Также до лечения и через 3 мес терапии проводили оценку КЖ с помощью опросника ВОЗ SF-36.

Результаты. Применение эналаприла/нитрендипина сопровождалось достоверным уменьшением жалоб на головокружения (85,2 % – до лечения, 61,7 % – на фоне терапии), головную боль (88,2 % – до лечения; 76,4 % – на фоне терапии), уменьшение шума и звона ушах (до лечения – 67,6 %, на фоне терапии – 41,1 %). У 28 (82,3 %) пациентов на фоне применения антигипертензивной терапии через 12 нед было достигнуто целевое АД. При анализе данных СМАД через 3 мес на фоне терапии нами было выявлено, что использование фиксированной комбинации эналаприл/нитрендипин сопровождалось антигипертензивным эффектом как в дневное, так и в ночное время. До лечения среднесуточные САД и ДАД составили (138,21 ± 1,9 мм рт.ст.) и (83,41 ± 2,05 мм рт.ст.), через 12 нед на фоне лечения эти показатели снизились и составили (120,19 ± 1,27 мм рт.ст.) и (72,15 ± 1,2 мм рт.ст.) соответственно. СрАД за сутки до лечения составило (102,05 ± 1,86 мм рт.ст.), в дневное время – (104,24 ± 1,79 мм рт.ст.), в ночное время – (96,08 ± 2,27 мм рт.ст.), на фоне антигипертензивной терапии составили за сутки (88,66 ± 1,18 мм рт.ст., $p < 0,001$, в дневное время – (91,59 ± 1,21 мм рт.ст., $p < 0,001$) и в ночное время – (81,44 ± 1,42 мм рт.ст., $p < 0,001$). ВАР САД за сутки на фоне терапии составила (11,40 ± 0,52 мм рт.ст.), что на 5 единиц ниже показателя до лечения – (16,37 ± 0,71 мм рт.ст., $p < 0,001$). ВАР ДАД снижалась на фоне терапии на 4 единицы: до лечения ВАР ДАД составила – (14,42 ± 0,83 мм рт.ст.), через 3 мес терапии – (10,84 ± 0,52 мм рт.ст.). Отмечалось снижение изменчивости параметров PsАД на фоне терапии. Достижение эффективного контроля АД ассоциировалось с достоверным повышением КЖ. Отмечался значительный и достоверный рост параметров ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. Общее состояние здоровья, оцениваемое самими пациентами, улучшилось, на фоне терапии наблюдался рост жизненной активности пациентов с 30,33 ± 2,80 до 50,49 ± 2,31 балла. Динамика показателя социального функционирования пациентов увеличилась с 31,25 ± 3,32 до 65,56 ± 3,31 балла. Параметры психического здоровья возросли с 41,70 ± 3,10 до 59,47 ± 2,64 балла.

Выводы. 1. Применение фиксированной комбинации эналаприла/нитрендипина у пациентов с АГ II степени позволило через 12 нед достичь целевых уровней АД у 82,3 % больных. 2. По данным СМАД, изучаемая комбинация способствовала достоверному снижению средних показателей АД в дневное и ночное время суток, вариабельности и скорости утреннего подъема АД. 3. Эффективный контроль АД

сопровождался положительной динамикой большинства показателей КЖ пациента, достоверным улучшением физического и социального функционирования.

Роль стандартного популяционного эпидемиологического скрининга на выявление факторов риска в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

Куделькина Н.А.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины Сибирского отделения РАН, Новосибирск

Массовая (популяционная) первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди неорганизованного и организованного населения предусматривает, прежде всего, проведение стандартного профилактического «Скрининга» на выявление ФР ССЗ в первичном звене здравоохранения.

Цель исследования – разработка и внедрение стандартной программы «Скрининг железнодорожников» (ЖД) для проведения одномоментного профилактического обследования организованной популяции железнодорожников на примере Западно-Сибирской железной дороги (ЗСЖД) по выявлению основных ФР ССЗ с применением стандартных эпидемиологических методов исследования и оценкой по критериям ВОЗ (1993, 1994, 1999) в условиях мобильного диагностического центра (ММДЦ) – поезда, функционирующего на ЗСЖД с 1993 г. по настоящее время. Материалы и методы. Для разработки программы «Скрининг-ЖД», мы брали за основу методические материалы ВОЗ, ВКНЦ, ГНИЦ профилактической медицины, НИИ неврологии РАМН по выявлению ФР ССЗ, «Эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний» (Rose G., Blackburn H., 1984), «Руководство по профилактической медицине» (США, 1993). Все разработки были адаптированы к автоматизированной системе «Скрининг-ЖД». Критерии оценки ФР: АГ $\geq 160/95$ мм рт.ст. (1993), а затем АГ $\geq 140/90$ мм рт.ст. (ВОЗ, МОАГ, 1999); ГХС $\geq 5,2$ ммоль/л; ИМТ (Индекс Кетле = $25-29$ кг/м²); курение – выкуривание ежедневно хотя бы по 1 сигарете; НФА: более 50 % рабочего времени в положении сидя, стоя и физическая активность во вне рабочее время менее 10 ч в неделю. Математическая обработка данных – программа SPSS 7,5.

Результаты. Проведено одномоментное выборочное (случайная выборка) эпидемиологическое обследование 9972 железнодорожников ЗСЖД, мужчин и женщин 20–65 лет (запланировано 10 677). Отклик – 93,4 %. Средний возраст респондентов 41 ± 1,5 года. Установлено: распространенность АГ составила 47,5 %, в том числе среди мужчин – 50,8 %, среди женщин – 44,3 % ($p < 0,01$); ИМТ в среднем – 28 % (мужчины – 22 %, женщины – 33 %, $p < 0,01$); ГХС – 60,1 %; НФА – 74,1 % (мужчины – 76,7 %, женщины – 71,8 %); курят – 50,8 % мужчин и 8 % женщин. Кроме того, выявлена высокая распространенность сочетанности 2 и более ФР у респондентов – в 85,8 % (у мужчин – 88,9 %; у женщин – 83,2 %, $p < 0,05$). Заключение. Проведенный стандартный «Скрининг-ЖД» выявил неблагоприятную, тревожную эпидемиологическую ситуацию высокой распространенности основных ФР ССЗ среди железнодорожников Западной Сибири, работающих в зоне повышенного профессионального риска. При этом наблюдается их частое сочетание у респондентов, что увеличивает суммарный риск развития ССЗ и их осложнений. Эпидемиологическая ситуация определила дальнейшую стратегию и тактику первичной и вторичной профилактики ССЗ среди железнодорожников Западной Сибири и способствовала созданию школ «По артериальной гипертонии»,

«Профилактике ожирения», «Сахарному диабету» и др. при поликлиниках и отделениях профилактики лечебно-профилактических учреждений ЗСЖД (ОАО «РЖД»).

Эффективность лечения аритмий иммунно-воспалительного генеза с помощью плазмафереза

Куликова В.А., Недоступ А.В., Благова О.В., Зайденов В.А.,
Куприянова А.Г., Нечаев И.А., Рагимов А.А.

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

Цель работы – изучить терапевтическую эффективность плазмафереза (ПФ) в качестве основного вида патогенетического лечения или в сочетании с иммуносупрессивной терапией (ИСТ) у больных с нарушениями ритма иммунно-воспалительного генеза.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов с аритмиями (15 женщин, возраст $61,5 \pm 10,1$ года): наджелудочковой ($n = 3$) или желудочковой ($n = 8$) экстрасистолией (исходно более 3000/сутки), фибрилляцией предсердий (ФП, более 1 пароксизма в месяц или персистирующая, $n = 9$). Определяли титры антикардиальных антител (специфический АНФ, антитела к антигенам эндотелия, кардиомиоцитов, гладкой мускулатуры, волокон проводящей системы) методом непрямого ИФА. Критерием включения было повышение титров хотя бы 2 видов антител в 2 и более раза, а также неэффективность или противопоказания к назначению антиаритмических препаратов. На основании комплексного обследования диагностирован миокардит, проведен курс дискретного ПФ (центрифуга Sorvall RC 3BP + Thermo scientific, Германия). До начала ПФ 8 больных получали ИСТ (гидрохлорохин, кортикостероиды, азатиоприн), режим которой не менялся; еще у 12 больных она была усилена/назначена после ПФ в целях удержания его эффекта. Средние дозы метилпреднизолона составили $8 (4;16)$ мг/сут. Антиаритмическое лечение после ПФ скорректировано у 12 больных.

Результаты. Отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение титров антикардиальных антител непосредственно после ПФ и через $7,0 \pm 1,4$ мес. Клинический эффект в виде уменьшения количества экстрасистол и частоты ФП на 75 % и более отмечен у 11 больных (55 % группы). Восстановился эффект ранее неэффективных антиаритмиков у 5 больных; у 4 пациентов удалось полностью отменить антиаритмическую терапию, двоим успешно выполнена радиочастотная абляция. В качестве предиктора эффективности лечения можно рассматривать изначально высокий титр специфического АНФ (коэффициент корреляционной связи $0,49$, ($p < 0,05$)).

Заключение. У больных с нарушениями ритма иммунно-воспалительного генеза ПФ повышает эффективность ИСТ и антиаритмической терапии (позволяет воздержаться от агрессивных режимов иммуносупрессии). В целом хороший клинический ответ на ПФ отмечен у 55 % больных с аритмиями.

Что скрывается за диагнозом поздно возникшей бронхиальной астмы?

Купаев В.И., Космынина М.А., Нурдина М.С.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Поздно возникшая бронхиальная астма (БА) – это отдельный фенотип БА, развивающийся у взрослых, трудно поддающийся терапии.

Цель работы – раскрыть патогенетические, иммунологические механизмы данного фенотипа БА, для профилактики и эффективного контроля заболевания. Проведена клиническая оценка среди 79 больных с диагнозом поздно возникшей БА. Показано, что наличие метаболического синдрома (МС) ассоциировано с более тяжелым течением БА. По нашим данным, единственным компонентом МС, ассоциированным с развитием БА, является АГ. У пациентов с поздно возникшей БА вне зависимости от наличия МС выявлено увеличение плазменных концентраций лептина и эндотелина-1, что подтверждает их вероятную патогенетическую роль в развитии БА. У лиц с избыточной массой тела при неконтролируемой БА был обнаружен статистически значимый высокий уровень ИЛ-17 и дефицит витамина D, находящиеся в обратной корреляционной зависимости ($R < -0,79$). Выводы: проведенное нами исследование показывает, что цитокин ИЛ-17 играет важную роль в формировании иммунного ответа БА на фоне ожирения, а также представляет важную терапевтическую мишень для лечения астмы; пациенты с неконтролируемым течением БА, а также с БА с поздним началом, более склонны к дефициту витамина D; проведенное сопоставление уровня витамина D и ИЛ-17 подтверждает противовоспалительную роль витамина D при БА. Уровень витамина D можно рассматривать как прогностический фактор, определяющий течение БА.

Оценка периферического кровообращения у больных с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса

Куркина М.В., Полякова Т.Ю., Автандилов А.Г.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из ведущих причин смерти и утраты трудоспособности в большинстве развитых стран. Практически у всех пациентов, страдающих гипертонической болезнью, ожирением, сахарным диабетом, выявляется нарушение диастолической функции миокарда, и это является основной причиной формирования сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ). Предполагается, что у таких больных происходят последовательные изменения и нарушения структуры и функции на всех участках сердечно-сосудистой системы.

Цель работы – изучить показатели периферического кровообращения и их изменения при СНсФВ.

Материалы и методы. В исследование было включено 109 пациентов (31 мужчина и 78 женщин) в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст $59 \pm 11,3$ года) с гипертонической болезнью, ожирением I–III степени по абдоминальному типу, сахарным диабетом 2-го типа и хроническая болезнь почек (ХБП). Пациенты, перенесшие ИМ, имеющие нарушения ритма сердца и проводимости, кардиомиопатию, клапанную патологию и фракцию выброса (ФВ) левого желудочка менее 45 %, в исследование не включались. Параметры диастолической функции (Е, м/с, А, м/с, соотношение Е/А) и ФВ левого желудочка (%) были оценены по данным ЭхоКГ. Осциллометрическим методом был определен диаметр плечевой артерии (см), податливость плечевой артерии (мл/мм рт.ст.), системная податливость (мл/мм рт.ст.), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС, $\text{дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5}$) и удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС, у.е.). ХБП определялась по скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин/1,73 м²) по формуле MDRD.

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы по типу диастолической дисфункции (ДД) миокарда. Первая группа составила 65 пациентов

(14 мужчин и 51 женщина) с ДД 1-го типа ($E/A = 0,7 \pm 0,1$), средний возраст составил $60,8 \pm 8,7$ года, средний уровень САД – $159 \pm 10,5$ мм рт.ст., средний стаж гипертонической болезни $14,7 \pm 8,6$ года. Среднее значение ИМТ – $34,1 \pm 4,3$ кг/м², стаж ожирения составил $9,6 \pm 6,5$ года. У 31 пациента этой группы был установлен диагноз сахарного диабета 2-го типа (стаж заболевания составил $5,4 \pm 2,6$ года). Вторая группа – 44 пациента (17 мужчин и 27 женщин) с ДД 2-го типа ($E/A = 1,2 \pm 0,3$), средний возраст $56,7 \pm 11$ года. Средний уровень САД – $161,8 \pm 15,5$ мм рт.ст., стаж гипертонической болезни $15,3 \pm 7,7$ года. Стаж ожирения составил $13,3 \pm 8$ лет, среднее значение ИМТ – $37,3 \pm 6,4$ кг/м². Сахарный диабет 2-го типа был у 20 пациентов (стаж заболевания составил $4,5 \pm 2,3$ года). В 1-й группе у 18 пациентов было выявлено снижение СКФ до $47 \pm 5,9$ мл/мин/1,73 м², во 2-й группе СКФ была снижена до $46,5 \pm 6,4$ мл/мин/1,73 м² у 19 пациентов, что соответствовало ХБП с3А стадии. Диаметр плечевой артерии в обеих группах находился в диапазоне нормальных значений, в 1-й группе он составлял $0,45 \pm 0,06$ см, во 2-й – $0,42 \pm 0,06$ см с достоверностью различий между группами $p < 0,03$, что указывает на тенденцию к уменьшению диаметра просвета сосуда на фоне его гипертрофического ремоделирования. У пациентов с ДД 1-го типа податливость плечевой артерии была несколько выше ($0,05 \pm 0,02$ мл/мм рт.ст.) чем у пациентов с псевдонормальным типом ДД ($0,04 \pm 0,01$), с высокой степенью достоверности – $p < 0,0001$, что также указывает на ухудшение эластичности сосудистой стенки. Значение податливости сосудистой системы уменьшалось, так, если в 1-й группе это значение было $1,37 \pm 0,28$ мл/мм рт.ст., то во 2-й оно снижалось до $1,04 \pm 0,3$ мл/мм рт.ст. ($p < 0,0001$), что указывает на системные изменения в сосудистом русле сопровождающиеся увеличением жесткости. Показатели ОПСС достоверно различались между группами, в 1-й группе $1597 \pm 435,9$ дин \times с \times см-5, а во 2-й группе 2017 ± 366 дин \times с \times см-5 ($p < 0,0001$). УПСС превышало пределы нормальных значений ($35-45$ у.е.), в 1-й группе – $50,3 \pm 10,7$ у.е., во 2-й – $62,5 \pm 16,2$ у.е. ($p < 0,0001$), что указывает на более выраженное ремоделирование микроциркуляторного русла при прогрессировании диастолической дисфункции.

Выводы. Нарушение микроциркуляторного русла снижает кровоток в органах-мишенях и сопровождается нарастанием жесткости сосудистой стенки артерий мышечного типа, на фоне прогрессирования снижаются их эластические свойства, что приводит к прогрессированию диастолической дисфункции миокарда.

Течение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST с позиции гендерных различий

Курупанова А.С., Ларева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия,
Краевая клиническая больница № 1, Чита

Несмотря на прогрессивное развитие медикаментозных и интервенционных методов лечения ИБС, ИМ остается одной из основных причин смертности. У женщин отмечается большее количество сочетанных заболеваний: АГ, сахарный диабет (СД). Характеристики состояния больных, госпитализируемых с ИМ, позволяют определять группу риска летального исхода в стационаре. Однако использование только клинических и анамнестических данных недостаточно для прогнозирования течения ИМ, в связи с чем все больше внимания уделяется и психоэмоциональным факторам. Однако несмотря на большой интерес к значимости психологического статуса больных ИМ половые различия остаются малоизученными.

Целью проведенного исследования являлось изучение анамнестических, клинических и психологических особенностей течения ОКС с подъемом сегмента ST у мужчин и женщин.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы г. Читы. В исследование включены 94 пациента: 64 мужчины и 30 женщин. Средний возраст мужчин составил $55,4 \pm 9,6$ года, женщин – $64,4 \pm 10,6$ года ($p > 0,05$). Обследование и лечение больных проводилось в соответствии со стандартами и клиническими протоколами. В целях изучения психоэмоционального статуса пациентов использовались: тест Спилбергера, шкала депрессий центра эпидемиологических исследований (CES-D). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета BIostat 3.03 с использованием критерия χ^2 Пирсона и критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ госпитализации показал, что в первые 6 ч с момента развития ОКС с подъемом сегмента ST мужчины (62,5 %; $n = 40$) и женщины (66,6 %; $n = 20$) поступали в стационар одинаково часто ($p = 0,996$). Вместе с тем значительная часть больных – 9 (14,06 %) мужчин и 6 (20 %) женщин госпитализировались относительно поздно – после 1-х суток. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) проведено у 82,8 % мужчин и у 70 % женщин; тромболитическая терапия (ТЛТ) у женщин проводилась чаще (23,3 %), чем у мужчин (3,1 %; $p < 0,05$). По абдоминальному конституциональному ожирению группы оказались сопоставимы. Мужчины, страдающие ожирением I степени по классификации ВОЗ, составляют 37,5 %, а женщины – 43,3 %, II степени – 4,6 и 6,7 % соответственно. Среди мужчин курящих было больше (64 %), чем среди женщин (30 %; $p < 0,05$). По наличию АГ обе группы сопоставимы. У женщин АГ встречается в 90 % случаев, у мужчин – в 89 %. Однако женщины значительно чаще (40 %), чем мужчины (17,2 %) получают лечение по поводу АГ и лечатся эффективно ($p < 0,05$). СД 2-го типа чаще встречается у женщин (33,3 %), чем у мужчин (14 %; $p < 0,05$). Также проводилось изучение психоэмоционального статуса пациентов на 5–7-е сутки. При оценке уровня ситуационной тревожности, ее высокий уровень статистически значимо чаще диагностировался у женщин, чем у мужчин – 50 и 26,9 % соответственно ($p < 0,05$). Умеренно повышенная тревожность одинаково часто выявлялась как у мужчин, так и у женщин – соответственно 39,7 и 33,3 %. Низкая тревожность чаще выявлялась у мужчин (33,3 %), чем у женщин (16,6 %), но различия не достигли статистической значимости. Высокий уровень личностной тревожности чаще встречался у женщин, чем у мужчин – 67,9 и 34,9 % соответственно ($p < 0,05$). Умеренно повышенная личностная тревожность имеет место у 41,3 % мужчин и у 17,8 % женщин ($p < 0,05$). Низкая личностная тревожность встречалась у 23,8 % мужчин и 14,2 % у женщин, различия также не достигли статистической значимости. Повышенная тревожность нередко сочетается с симптомами депрессии. Признаки тяжелой депрессии у мужчин не выявлялись, тогда как у женщин встречались в 6,7 % случаев; средне-тяжелая депрессия встречалась у 1,5 % мужчин и 3,3 % женщин. Легкая депрессия чаще встречалась у женщин (30 %), чем у мужчин (9,8; $p < 0,05$). При этом у 88,9 % мужчин депрессия отсутствовала, тогда как ее не было у 56,6 % женщин, что составило статистически значимую разницу ($p < 0,05$).

Выводы. У больных ОКС с подъемом сегмента ST выявлены переменные, ассоциированные с женским полом: чаще используется ТЛТ, выше распространенность СД 2-го типа, чаще проводится эффективное лечение по поводу АГ. При изучении различия психологического статуса у мужчин и женщин выявлено, что высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, легкая депрессия чаще встречаются у женщин, тогда как у мужчин депрессия чаще отсутствует.

Функциональная активность тромбоцитов при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST у пациентов с синдромом старческой астении

Лавринова Е.А., Ермаков А.И., Кухарчик Г.А., Гайковская Л.Б., Сорокин Л.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Городская больница святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

Цель работы – выявить особенности клинического течения при ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) и оценить функциональную активность тромбоцитов у пациентов старших возрастных групп с синдромом старческой астении (ССА).

Материалы и методы. В исследование было включено 66 пациентов с ОКСбпST. Пациенты получали стандартную терапию, включая двойную антиагрегантную терапию. В 1-ю группу вошли 50 человек в возрасте 60 лет и старше, во 2-ю группу – 16 человек моложе 60 лет. Для выявления ССА пациентам проводили гериатрическую оценку с помощью опросника по M. Hoover и рассчитывали индекс ССА, оценивали функциональные дефициты. Определяли количество GPIIb-IIIa рецепторов (по MFI – средней интенсивности флуоресценции) и экспрессию P-селектина на поверхности тромбоцитов до и после активации 10 мкм АДФ методом проточной цитометрии с использованием флуоресцентно меченых моноклональных антител CD61-FITC и CD62P-PE на проточном цитометре CYTOMICS FC 500. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS 22.0. Результаты. ССА выявлен у пациентов с ОКСбпST в 23 % случаев, пре ССА – в 48 %. Пациенты с ОКСбпST в группах не различались по полу. Пациенты с наличием ССА были значительно старше, чем пациенты с пре-ССА и без ССА (соответственно $79,56 \pm 6,44$, $67,46 \pm 7,83$ и $57,44 \pm 7,3$ года; $p < 0,05$). У пациентов с ССА нарушения ритма встречались чаще, чем у пациентов без ССА (33,3, 12,5, 1 % соответственно). Также у пациентов с ССА и пре-ССА встречалась чаще сопутствующая патология, чем у пациентов без ССА: острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (26,6, 3,1, 0 %), сахарный диабет 2-го типа (40, 34,3, 21 %), дисциркуляторная энцефалопатия (40, 12,5, 0 %). Развитие осложнений в течение госпитализации превалировало у пациентов с ССА (60 %), в то время как у пациентов с пре-ССА и без ССА осложнения в течение госпитализации наблюдались значительно реже (6,25 и 1 % соответственно). Наиболее частыми осложнениями у пациентов с ССА являлись нарастание почечной недостаточности (33,3 %), печеночной недостаточности (33,3 %), кровотечения (13,3 %). У пациентов с ОКСбпST старше 60 лет количество GPIIb-IIIa-рецепторов тромбоцитов как до активации АДФ было значимо выше, чем у пациентов до 60 лет ($7,19$ ($5,90; 8,70$) MFI против $5,91$ ($4,53; 6,29$) MFI, $p = 0,006$), так и после активации ($11,7$ ($8,21; 13,6$) MFI против $6,33$ ($5,06; 6,92$) MFI, $p = 0,0001$). Сходные изменения выявлены и при оценке экспрессии P-селектина на поверхности тромбоцитов: показатели у пациентов пожилого возраста превышали значения у более молодых ($0,69$ ($0,30; 1,05$) % против $0,35$ ($0,09; 0,42$) %, $p = 0,008$), также как и после индукции ($7,50$ ($2,92; 15,92$) % против $0,96$ ($0,59; 1,64$) %, $p = 0,0001$). Высокая способность к агрегации, безусловно, важный фактор развития тромбоза коронарных артерий. При анализе функциональной активности тромбоцитов в зависимости от наличия ССА, пре-ССА было выявлено более значимое повышение количество рецепторов GPIIb-IIIa после воздействия АДФ у пациентов с ССА ($11,7$ ($6,78; 15,0$)), чем без ССА ($6,57$ ($6,05; 6,99$), $p = 0,02$) и аналогично P-селектина ($4,03$ ($1,09; 16,99$) и $1,51$ ($0,76; 2,23$) соответственно, $p = 0,03$). Выводы. У пациентов с ОКСбпST старших возрастных групп функциональная

активность тромбоцитов и их активация в ответ на действие индуктора была существенно выше, чем у более молодых пациентов, что, вероятно, ассоциировано с неблагоприятным прогнозом у данной категории больных, большим риском повторных инфарктов, в том числе фатальных. В случае синдрома старческой астении также наблюдалась более высокая агрегационная способность тромбоцитов, чем при его отсутствии.

Влияние метаболического синдрома на клиническую картину и активность ревматоидного артрита

Ляхин Д.И., Васильева Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Липецкая областная клиническая больница, Воронеж, Липецк

Метаболический синдром (МС) сегодня рассматривается в качестве симптомокомплекса, который значительно повышает риски развития кардиоваскулярных осложнений, усиливает эндотелиальную дисфункцию, а также реализует провоспалительное воздействие, способное оказать негативное влияние на клиническую картину ревматоидного артрита (РА). Цель исследования – оценить особенности клинических и лабораторных данных у пациентов РА под влиянием МС.

Материалы и методы. В обследование включено 300 пациентов с диагнозом РА в возрасте от 39 до 64 лет (средний возраст $53,8 \pm 1,62$ года, продолжительность заболевания $5,83 \pm 0,49$ года). Пациенты были поделены на 2 группы, сравнимые по стажу заболевания, РФ, АЦЦП и рентгенологической стадии заболевания. В контрольную группу, состоящую из 80 человек, вошли пациенты без МС. В основной группе оказалось 80 больных с МС, который диагностировался на основании критериев, разработанных Международной федерацией диабета (IDF, 2005). В обеих группах оценивались показатели липидного спектра крови, углеводного обмена, измерялась окружность талии (ОТ), вычислялся ИМТ, измеряли АД, также регистрировали значения СОЭ, СРБ, ФНО- α . Оценка тяжести суставного синдрома проводилась путем подсчета числа болезненных суставов (ЧБС), числа припухших (деформированных) суставов (ЧПС), оценки интенсивности болевого синдрома в покое и при движении по ВАШ, вычисления индексов DAS28 и HAQ.

Результаты. В основной группе больных значения уровня базальной глюкозы, инсулина, индекса HOMA-IR, суммарного холестерина, триглицеридов, ХЛНП, показатели ОТ, цифры АД оказались достоверно выше, чем в контрольной группе пациентов ($p < 0,001$), при этом значения холестерина липопротеидов высокой плотности, напротив, были достоверно ниже ($p < 0,001$). Показатели СОЭ, СРБ и ФНО- α в основной группе больных также оказались достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). При этом значения ЧБС, ЧПС, показатели интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ при движении и в покое, а также индексы DAS28 и HAQ также были достоверно выше в группе пациентов с МС ($p < 0,001$). Среди пациентов основной группы была установлена корреляционная взаимосвязь между СРБ и выраженностью боли по шкале ВАШ в покое ($r = 0,43$; $p < 0,01$), ОТ ($r = 0,19$; $p < 0,05$), холестерином ЛПНП ($r = 0,20$; $p < 0,05$), а значения ФНО- α находились в прямой корреляционной зависимости от значений ИМТ ($r = 0,22$; $p < 0,05$), индекса HOMA-IR ($r = 0,34$; $p < 0,01$), уровня базального инсулина ($r = 0,21$; $p < 0,05$), индекса DAS28 ($r = 0,47$; $p < 0,01$) и обратной корреляционной зависимости от значений холестерина ЛПВП ($r = 0,18$; $p < 0,05$).

Заключение. МС оказывает негативное влияние на клиническую картину и активность РА.

Диагностика поражения сердца при активном саркоидозе легких

Лебедева М.В., Стрижаков Л.А., Попова Е.Н., Бекетов В.Д., Мухин Н.А.

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

Цель работы – оптимизировать диагностику и подходы к лечению поражения сердца у больных саркоидозом.

Материалы и методы. Обследовано 250 больных (155 женщин, 95 мужчин), средний возраст $41,3 \pm 6,7$ года с морфологически верифицированным саркоидозом легких и внутригрудных лимфатических узлов. Критерии включения: саркоидоз хронического течения II–III рентгенологических стадий, АГ I–II степени, с достижением стойкого целевого АД, дыхательная недостаточность (ДН) не выше I степени любого типа. Критерии исключения: саркоидоз острого течения, ИБС, АГ III степени, ДН II–III степени любого типа, кардиомиопатия, поражение клапанного аппарата сердца. Кроме общеклинического обследования, выполнялись МСКТ органов грудной клетки, суточное мониторирование ЭКГ, АД, ЭКГ-тесты с физическими нагрузками, ЭхоКГ, однофотонная сцинтиграфия миокарда с ⁹⁹технецием, МРТ сердца с гадолинием. В сыворотке крови определяли активность ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), содержание сурфактантного протеина А (SP-A).

Результаты. Поражение сердца выявлено у 47 человек (18,8 %), которое подтверждено данными перфузионной сцинтиграфии. У 38 % выявлены нарушения ритма сердца и/или проводимости в сочетании или с отсутствием кардиалгий, у 39 % – изолированные кардиалгии. Кроме того, у 23 % – бессимптомное поражение миокарда, которое определялось по данным сцинтиграфии и МРТ (диффузное некоронарогенное поражение миокарда). В 100 % наблюдений отмечали повышение сывороточных показателей АПФ в 2 раза ($141 \pm 16,8$ ед/л) и SP-A в 2,5 раза ($197,1 \pm 33,5$ нг/мл). Через 3 мес лечения системными глюкокортикостероидами (ГКС) у 39 (83 %) отмечалась положительная динамика со стороны органов дыхания и сердца, снижение активности АПФ до нормальных значений, снижение SP-A $115,6 \pm 17,9$ нг/мл. Параллельно отмечалась положительная динамика легочного процесса с уменьшением выраженности воспаления, в частности синдрома «матового стекла», интенсивности диссеминации, уменьшение размеров внутригрудных лимфатических узлов. У 8 пациентов (17 %) кардиологические проявления существенно не изменились, что коррелировало с сохраняющейся активностью легочного воспаления, стойким повышением АПФ ($151,0 \pm 13,7$ ед/л) и SP-A ($154,1 \pm 18,0$ нг/мл), что достоверно отличалось от группы больных с положительным ответом на лечение ($p < 0,05$) и требовало более длительного курса системных ГКС с присоединением цитостатиков.

Выводы. Внедрение в алгоритм верификации поражения сердца у больных саркоидозом определения SP-A позволяет улучшить диагностику и оптимизировать процесс лечения.

Дифференциальная диагностика спленомегалии, возможности ультразвуковой доплерографии

Левитан Б.Н., Гринберг Б.А., Тимошенко Н.В., Петелина И.Ю.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Цель работы – усовершенствование дифференциальной диагностики спленомегалии (СМ) при циррозах печени (ЦП) и гематологических заболеваниях (ГЗ) по данным ультразвуковой доплерографии (УЗДГ).

Материалы и методы. Обследовано 146 больных ЦП и 27 пациентов с ГЗ (14 больных сублейкемическим миелозом, 9 – хроническим лимфолейкозом, 2 – аутоиммунной гемолитической анемией, по 1 больному эритромиелозом и лимфомой селезенки). У всех больных имелись клинические и ультразвуковые (УЗ) признаки спленомегалии. Контрольную группу (КГ) составили 23 практически здоровых пациента. УЗДГ выполнялась на УЗ-сканере “Logic-500” (США) конвексным датчиком 3,5 МГц. Оценивались УЗ-свойства печени и селезенки (контуры, структура и размеры). Оценивались ведущие УЗ-параметры воротной вены (ВВ) и селезеночной вены (СВ), а также печеночной артерии (ПА) и селезеночной артерии (СА). В каждом сосуде измеряли диаметр (d), а также количественные показатели спектра доплеровского сдвига частот, которые включали максимальную линейную скорость кровотока (Vmax), конец-диастолическую скорость кровотока (Vmin), объемную скорость кровотока (Vоб). Для ВВ рассчитывали TAMX (Vmax, усредненная по времени), конгестивный индекс (CI). Для интегральной оценки соотношения кровотока в ВВ и СВ определяли воротно-селезеночный венозный индекс (ВСВИ). В артериальных сосудах рассчитывали пульсационный индекс (PI) и индекс периферического сопротивления (RI), для интегральной оценки соотношения артериального и венозного кровотока в печени – индекс артериальной перфузии (ИАП). Для оценки соотношения параметров кровотока в ВВ и общей печеночной артерии рассчитывались печеночный сосудистый индекс (ПСИ), селезеночный сосудистый индекс (ССИ) и пульсационный индекс в общей печеночной артерии (PIопа). Всем больным определяли тип портального кровотока по методике Левитана Б.Н., Гринберга Б.А., 2001.

Результаты. При сравнении параметров ПК при ГЗ и ЦП в первом случае наблюдалась достоверно более низкая средняя величина dВВ. При этом отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение Vmax ВВ ($24,7 \pm 1,6$ см/с), Vcp ВВ ($20,2 \pm 1,3$ см/с) по сравнению с аналогичными показателями при ЦП ($20,4 \pm 0,7$ см/с, $16,7 \pm 0,6$ см/с). Зарегистрировано достоверное ($p < 0,05$) увеличение всех показателей линейной и объемной скоростей кровотока в СВ при ГЗ по сравнению с ЦП ($19,0 \pm 0,5$ см/с, $13,2 \pm 0,5$ см/с, $15,9 \pm 0,5$ см/с и 673 ± 40 мл/мин). Также выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение ВСВИ (соответственно, $1,26 \pm 0,15$ и $2,14 \pm 0,13$) и CI (соответственно $0,049 \pm 0,004$ и $0,08 \pm 0,004$). При сопоставлении показателей кровотока в ПА и СА при ГЗ и ЦП в первом случае отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение PIопа ($1,25 \pm 0,07$ против $1,46 \pm 0,04$). В СА наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение d и всех показателей линейной и объемной скоростей – d СА ($6,6 \pm 0,18$ мм), Vmax СА ($100 \pm 7,8$ см/с), Vmin СА ($37,9 \pm 3,8$ см/с), Vcp СА ($66,0 \pm 4,6$ см/с), Vоб СА (1121 ± 92 мл/мин) по сравнению с группой больных ЦП (соответственно $6,0 \pm 0,17$ мм, $75,0 \pm 2,6$ см/с, $26,6 \pm 1,6$ см/с, $46,1 \pm 2,2$ см/с, 774 ± 51 мл/мин). PI СА ($0,96 \pm 0,05$) был достоверно ($p < 0,05$) снижен по сравнению с аналогичным показателем при ЦП ($1,14 \pm 0,04$). Достоверно ($p < 0,05$) были увеличены ПСИ ($18,8 \pm 1,6$) и ССИ ($23,5 \pm 1,3$) по сравнению с группой больных ЦП ($13,9 \pm 0,8$ и $16,5 \pm 1,2$ соответственно).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что спленомегалия при ГЗ, в отличие от ЦП, характеризуется относительно неизменным печеночным кровотоком (нормокинетический тип) при выраженном усилении гемодинамики как в СВ, так и СА. Причем в этих сосудах нарастают значения всех УЗДГ скоростных показателей кровотока (линейных и объемного), а также связанных с ними индексов (ВСВИ, ССИ). Установленные закономерности можно использовать при проведении дифференциальной диагностики спленомегалии при ЦП и ГЗ. В спорных случаях для дифференциальной диагностики предлагается использовать следующие доплерографические показатели, сочетание которых (3 и более) у больного с СМ достоверно указывает на

гематологическую природу заболевания: 1) нормокинетический тип портального кровотока; 2) ВСВИ <2,1; 3) Vоб СВ >900 мл/мин; 4) Vоб СА >950 мл/мин.

Факторы, ассоциированные с развитием фибрилляции предсердий у больных хронической обструктивной болезнью легких

Леонова Е.И., Задионченко В.С.

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Москва

Цель работы – изучить влияние клинико-функциональных характеристик хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на наличие ФП. Определить главные факторы возникновения ФП у больных ХОБЛ. Материалы и методы. Обследовано 94 пациента с ХОБЛ II–IV степени (GOLD 2017), вне обострения. В исследование не включались пациенты с наличием патологии щитовидной железы, стенокардией, системными заболеваниями, опухолями, пороками сердца, кардиомиопатиями, синдромом слабости синусового узла, сахарным диабетом. У всех больных имелись анамнестические указания на АГ. Всем больным проводились спирометрия, суточная пульсоксиметрия, суточное мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) и АД с измерением жесткости сосудистой стенки, ЭхоКГ, определялся уровень высокочувствительного СРБ (вч-СРБ).

Результаты. По данным ХМ ЭКГ у 46 пациентов из 94 были выявлены пароксизмы ФП, при этом 22 имели бессимптомное течение ФП. Для выявления главных параметров, определяющих наличие пароксизмов ФП у больных ХОБЛ, была построена модель логистической регрессии с наибольшим % согласия (90,4 %), которая включила следующие показатели: скорость пульсовой волны в аорте (срPWao, м/с) (χ^2 Вальда = 10,9; $p = 0,001$), ОФВ1 (FEV1) (χ^2 Вальда = 6,4; $p = 0,011$), систолическое давление в легочной артерии (сДЛА) (χ^2 Вальда = 6,2; $p = 0,013$), минимальная %SpO2 (χ^2 Вальда = 4,1; $p = 0,041$), согласие модели 90,4 %. При этом наибольший вклад (по уровню χ^2 Вальда и статистической значимости) вносят срPWao и FEV1. Индекс объема левого предсердия, площадь правого предсердия, базальный диаметр правого желудочка, показатели диастолической дисфункции левого желудочка, вч-СРБ – это параметры, которые были связаны с наличием пароксизмов ФП, но не вошли в модель (зависимые переменные). Учитывая большой вклад срPWao в развитие ФП, для определения факторов, влияющих на сосудистую жесткость (срPWao, м/с) была построена отдельная модель логистической регрессии, которая включила: FEV1 (χ^2 Вальда = 4,933; $p = 0,026$), минимальную SpO2 (χ^2 Вальда = 5,397; $p = 0,02$), вч-СРБ (χ^2 Вальда = 5,247; $p = 0,022$), согласие модели 81,2 %, что указывает на влияние системного воспаления на развитие ФП посредством сосудистой жесткости.

Выводы. Таким образом, были определены главные и второстепенные (зависимые параметры), участвующие в развитии ФП у больных ХОБЛ. Основными факторами, влияющими на развитие пароксизмов ФП у больных ХОБЛ, являются гипоксемия, ограничение скорости воздушного потока, жесткость сосудистой стенки, систолическое давление в легочной артерии. Размеры правых отделов сердца, левого предсердия, диастолическая функция левого желудочка и системное воспаление являются второстепенными (зависимыми) параметрами, способствующими развитию ФП у больных ХОБЛ.

Проявления хронической сердечной недостаточности у больных ревматоидным артритом

Лисицина Ю.И., Шилова Л.Н., Красильников А.Н., Емельянов Н.И., Мякишев М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Основной причиной летальности от ССО является прогрессирование атеросклероза, развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), внезапной сердечной смерти. Риск развития ХСН при РА выше в 1,5–2,6 раза по сравнению с общей популяцией. Кардиоваскулярные повреждения начинаются в начале развития РА и аккумулируются с течением времени. Цель исследования – изучение проявлений ХСН у больных РА. Задачи исследования:

1. Изучить наличие симптомов ХСН у больных РА.
2. Выявить частоту встречаемости признаков ХСН по ЭхоКГ у пациентов без клинических проявлений.
3. Определить особенности клинического статуса, структурно-функциональных параметров сердца у больных ХСН, страдающих ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 больных (22 женщины (73,3 %) и 8 мужчин (26,7 %), возрастная категория пациентов – от 45 до 68 лет, Ме 60,5 года) с достоверным диагнозом РА (согласно классификационным критериям ACR/EULAR 2010 г.), находящихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ ГKB СМП № 25 г. Волгограда. Критерием исключения из исследования были пациенты с врожденными пороками сердца, хронической ревматической болезнью сердца, а также больные, принимающие глюкокортикоидные лекарственные препараты в пересчете на преднизолон более 7,5 мг/сут в течение 2 лет и более. Были проведены опрос, осмотр пациентов (в том числе антропометрия с расчетом ИМТ (кг/м²), подсчет индекса DAS-28), тест 6-минутной ходьбы (у пациентов без значимого вовлечения суставов нижних конечностей), ЭКГ; оценка структурно-функционального состояния сердца проведена УЗ-методом с доплеровским датчиком.

Результаты. Из 30 пациентов с РА клинические проявления ХСН, связанные с ИМ в анамнезе и гипертонической болезнью, такие как одышка при нагрузке, периферические отеки, имели место у 3 больных с длительным анамнезом РА (из которых 2 пациента мужчины – 59 лет (фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) по данным ЭхоКГ – 34 %, атеросклероз аорты, расширение левых отделов, рестриктивное наполнение ЛЖ) и 63 лет (атеросклероз аорты, расширение всех полостей сердца, эксцентрическая гипертрофия левого желудочка, умеренная легочная гипертензия, ФВ – 39 %, с избыточной массой тела, длительным курением в анамнезе) – и 1 женщина 67 лет (атеросклероз аорты, аортальный клапана, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, ФВ 43 %). Клиническая манифестация ИБС наблюдалась у указанных пациентов мужского пола в среднем через 5 лет от первых проявлений РА (длительность клинических проявлений ревматоидного артрита – 6 и 7 лет соответственно). У женщины симптомы артрита появились через год после перенесенного ИМ. Из терапии: длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов. АГ (сформировавшаяся еще до признаков РА) без явных клинических проявлений ИБС, ХСН, но с наличием небольшого снижения толерантности к физической нагрузке (по данным теста 6-минутной ходьбы) была диагностирована у 12 пациентов (40 %) в возрастной группе от 52 до 68 лет, у 10 из которых по ЭхоКГ были признаки атеросклероза

аорты, уплотнения створок аортального клапана, концентрического ремоделирования ЛЖ, диастолическая дисфункция (ДД) 1-го типа с сохраненной систолической функцией. Причем частота выявления ДД, степень АГ коррелируют с активностью воспалительного процесса в суставах (прямая связь). В указанной группе пациентов длительность анамнеза РА варьирует от 1 года до 12 лет. У большинства обследованных больных с АГ и наличием ДД ИМТ был больше 28 кг/м². Дислипидемия (коэффициент атерогенности ≥ 4) была выявлена у 90 % пациентов с РА и признаками ХСН (клиническими или инструментальными). Ошибка репрезентативной относительной величины 0,1. Средняя величина – 1,6. Выводы. В данном небольшом исследовании клинически явных при осмотре и при проведении ЭхоКГ признаков миокардита, перикардита, вальвулита не выявлено. У пациентов с РА без симптомов ХСН, но с наличием АГ с помощью ЭхоКГ-визуализации сердца обнаруживаются признаки констриктивной гипертрофии с ДД ЛЖ, в возникновении которой имеет значение степень активности РА. Всем пациентам с РА необходимо проводить ЭхоКГ для диагностики субклинической ХСН.

Роль медико-экологических факторов в развитии логопедических нарушений у детей

Литвиненко А.А., Хромкова М.А., Ойноткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Петрова Е.А.

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

Цель исследования – изучение влияния экологических факторов на развитие нейрогормональных, вегето-сосудистых нарушений у лиц с логопедическими отклонениями.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое и медико-экологическое исследование с клиническим обследованием лиц молодого возраста. Оценивались нейрогормональные и метаболические, вегето-сосудистые нарушения у лиц, страдающих логопедическими дефектами. В соответствии с дизайном исследования в группу наблюдения включено 112 человек в возрасте от 5 до 28 лет. Изучены результаты катamnестического, клинического анамнеза у матерей. Проведено неврологическое, психологическое, нейрофункциональное (электроэнцефалограмма, ЭЭГ) обследование пациентов, изучены метаболические, гемодинамические и микроциркуляторные показатели, оценен ИМТ.

Результаты. Проведенное обследование показало, что у пациентов, проживающих в экологически неблагоприятных районах в 46 % случаев диагностирована нейроциркуляторная дисфункция гипоталамических структур как следствие родовой травмы. В 63 % случаев выявлено эмоциональное напряжение, в 36 % – астено-невротическое состояние, у 58 % – вегето-сосудистая дистония, в 34 % случаях диагностирована избыточная масса тела с инсулярной недостаточностью. Заслуживает серьезного внимания кардиологов, неврологов, психологов наличие в данных группах обследованных лиц признаков медико-социальной дезадаптации в виде нарушения общения, высокого процента неадаптивных реакций в виде фрустрации и заниженный процент реакций эго-защитного типа, что было особенно выражено у 53 % детей с низким социометрическим, социальным статусом. Нарушения самооценки отмечались у 98 % и представлены ее неустойчивостью. Важным клиническим симптомом является диагностированная у 27 % обследованных в возрасте от 15 до 28 лет вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу на фоне метаболического синдрома. Основной причиной логопедических нарушений является дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса под влиянием пережитого стресса или на фоне родовой травмы, а также влияния

неблагоприятных экологических факторов окружающей среды. Отмечено, что логопедические нарушения у лиц с церебральными нарушениями являются качественно неоднородными и обусловлены специфическими двигательными расстройствами вследствие поражения различных структур головного мозга, обеспечивающих моторную реализацию речи. Выявлен достоверный рост доли незрелого типа ЭЭГ в соответствии со степенью тяжести отклонений в развитии высших психических функций и речи перинатального генеза. Сравнительный анализ выделенных типов ЭЭГ с разной степенью отставания в развитии высших психических функций и речи с метаболическими и микроциркуляторными показателями выявил высокую корреляционную зависимость. Учитывая особенности возрастной динамики незрелого типа ЭЭГ у обследованного контингента, наличие данного типа в раннем возрасте является маркером риска нарушений развития психических процессов, эмоционально-волевой сферы, социальной адаптации, обусловленной логопедическим дефектом и как следствие, приводит к развитию вегето-сосудистых, метаболических нарушений.

Выводы. Взаимонарушения нейрофизиологии с метаболическими, гемодинамическими и микроциркуляторными отклонениями, нарушением речевого статуса, коммуникативного поведения и синдрома хронического стресса у лиц с логопедическими нарушениями могут являться причиной клинического развития вегето-сосудистых и психологических отклонений. Популяция лиц с логопедическими нарушениями, начиная с детского и подросткового возраста, требует наблюдения специалиста психолога, невролога и кардиолога в целях своевременной коррекции тех или иных клинических проявлений. При составлении лечебных алгоритмов необходимо персонализировано учитывать влияние экологических факторов.

Работа выполнена при поддержке гранта РФНФ № 16-06-00709.

Характеристика распространенности, диагностики осложнений сахарного диабета среди населения новгородской области

Лоле О.Ю., Бутримова С.Ш., Зурабов В.В.

Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого, Центральная городская клиническая больница, Великий Новгород

Характеристика распространенности, диагностики осложнений сахарного диабета среди населения Новгородской области Резюме: Показано, сахарный диабет в основном проявляется через фатальные осложнения. Доказано, что уже на ранних стадиях СД имеется целый ряд изменений, указывающих на значительные изменения биохимических показателей у больных с вовлечением в патологический процесс различных систем за счет жировых изменений в печени, нарушения синтеза и продукции гормонов щитовидной железы и надпочечников. Ключевые слова: Осложнения сахарного диабета, структура, распространенность, ранняя диагностика осложнений. Материалы и методы исследования Проведен анализ данных Регистра по сахарному диабету в период за 5 лет наблюдения. Осуществлен анализ 6949 историй болезни больных с верифицированным диагнозом сахарного диабета. Результаты собственных исследований При оценке распространенности сахарного диабета 2 типа среди населения выявлено, что наиболее высокий уровень приходится на женскую субпопуляцию. Средний возраст развития СД 1 приходится на возрастную группу 30-39 лет, СД 2 на возрастную группу 50-59 лет независимо от пола. Средняя продолжительность жизни больных также имеет статистические различия в зависимости от пола и типа СД. Половозрастная динамика распространенности сахарного диабета 1 типа показала, что статистически значимые различия имеют место лишь в

возрастной группе 65–69 лет и 80 лет старше за счет превышения показателя среди женщин приблизительно в 2,5 раза. При оценке данной динамики у больных СД 2 типа статистически значимые различия отмечаются уже начиная с возрастной группы 45–49 лет. Среди осложнений сахарного диабета кардиологического профиля наиболее высокие цифры приходятся на артериальную гипертензию. Для СД 2 типа более характерны такие осложнения как стенокардия и ИМ у мужчин. В группе больных с СД 1 типа частота осложнений среди женщин выше, чем у мужчин. Среди поздних осложнений СД среди мужчин доминантными осложнениями при СД 1 является диабетическая ретинопатия и нейропатия. Синдром диабетической стопы встречается наименее часто независимо от пола. Диабетическая нефропатия у женщин может сочетаться с диабетической макроангиопатией, что требует дифференцированного подхода к оценке функции почек при СД особенно 2 типа. При рассмотрении отдельных компонентов биохимического спектра выявлен ряд закономерностей. Превышение уровня общего белка в крови отмечается только в группе больных СД в сочетании с осложнениями. Статистически достоверные различия в уровне содержания ГТТ и ЩФ отмечены только в группе больных с СД и ожирением. Доказано, что при сочетании СД и ожирения происходят значительные изменения в ферментном составе печени. Во всех группах имеются изменения электролитного состава крови, что обуславливает необходимость терапевтической коррекции больных при сочетании ожирения с СД и осложнениями. Практически во всех группах наблюдения уровень содержания общего холестерина по показателю верхней четверти плотности Гаусса превышает норму. Во всех группах наблюдения отмечается отчетливо выраженное явление дислипидемии имеющей специфические особенности в зависимости от наличия осложнений как ожирения, так и особенно сочетания ожирения и СД. При оценке выделительной функции по показателям креатинина, мочевины и мочевой кислоты установлено превышение 75 квартили верхней границы референсных значений. Очевидно формирование (или наличие?) у больных с ожирением гепаторенального синдрома. Можно отметить, что при всех сочетаниях ожирения и СД происходит нарушение углеводистого обмена с возникновением кислородного голодания в клетках печени, что способствует формированию жирового перерождения печени. У больных с СД и его осложнениями наличие узлового зоба 1-2 ст. было отмечено в 12% от всех случаев заболеваний. Таким образом, приведенные данные указывают на значительные изменения биохимических показателей у больных с сахарным диабетом с вовлечением в патологический процесс различных систем за счет жировых изменений в печени, нарушения синтеза и продукции гормонов щитовидной железы и надпочечников. Сведения об авторах Лоле Оксана Юрьевна Заведующая терапевтическим отделением ГОБУЗ "Центральная городская клиническая больница" клиника №2, индекс 173020 г. Великий Новгород, ул. Яковлева, д.18. аспирант с заочной формой обучения Зурабов В.В. – аспирант с заочной формой обучения Бутримов С.Ш. – соискатель

Анализ показателей хронотропной нагрузки у пациентов с различной локализацией инфаркта миокарда по данным суточного мониторирования электрокардиограммы

Лукьянова М.В., Барменкова Ю.А., Душина Е.В., Бурко Н.В.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель работы – оценить показатели хронотропной нагрузки у пациентов, перенесших инфаркт передней и задней стенок миокарда левого желудочка по данным холтеровского мониторирования ЭКГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 78 пациентов с ИМпСТ обоего пола в возрасте от 33 до 85 лет (средний возраст $56,5 \pm 10,7$ года). На 7–9-е сутки после ИМпСТ в условиях кардиологического стационара и через 6 и 12 мес амбулаторно всем пациентам выполнялась регистрация ЭКГ аппаратным комплексом «Астрокард» («Медитек», Россия) с опцией автоматического циркадного анализа показателей хронотропной нагрузки. Оценивали среднесуточную хронотропную нагрузку – Та %, Та % в дневные и ночные часы – как процент времени, в течение которого частота сердечных сокращений (ЧСС) превышала пороговый уровень, от общего времени мониторирования. Анализировали нормированный индекс площади (Sa) – показатель площади фигуры, ограниченной трендом ЧСС и прямой порогового уровня, нормированный к продолжительности времени превышения порогового значения частоты сокращений.

Результаты. В зависимости от локализации инфаркта пациенты были разделены на 2 группы: 44 (56,4 %) больных с ИМ передней стенки (группа 1), с ИМ задней стенки – 34 (43,6 %) пациента (группа 2). При мониторировании на 7–9-е сутки после ИМпСТ статистически значимых различий между группами не получено. По результатам мониторирования исходно (до 6 после перенесенного ИМ) показатель Та % в ночное время был достоверно ниже в группе 1: 29,2 (8,9;72,3) против 46,7 (6,2;73,1) ($p = 0,03$). Через 12 мес наблюдения Та % в ночное время в группе 2 также статистически значимо превышал значения данного показателя в группе 1: 50,8 (14,0;95,1) против 38,3 (5,2;70,2) ($p = 0,04$). Показатель Sa в ночные часы через 12 мес имел сходную зависимость: 1,7 (0,4;5,1) против 2,5 (0,6;6,7) ($p = 0,03$). По другим показателям ХН между группами 1 и 2 достоверных различий не выявлено. Выводы. Пациенты с заднедиафрагмальным ИМпСТ характеризуются более высокой ХН в период ночного сна по итогам 6 и 12 мес наблюдения. Отсутствие исходных отличий по анализируемым показателям ХН на 7–9-е сутки у пациентов с ИМ передней и задней стенок левого желудочка, возможно, свидетельствует об электрофизиологических особенностях ремоделирования миокарда и уровня вагосимпатического баланса при инфаркте различной локализации.

Влияние типа рефлюктата при Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на функциональную активность макрофагов

Лямина С.В., Калиш С.В., Кладовикова О.В., Маев И.В., Малышев И.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Современное понимание патогенеза ГЭРБ включает клеточные и молекулярные механизмы ассоциированного воспаления слизистой оболочки пищевода и дисбаланса Th1/Th2 иммунного ответа вследствие периодического воздействия рефлюктата кислотного и неокислотного характера. В развитии Th1 и/или Th2 иммунного ответа существенную значимость имеют клетки врожденного и адаптивного иммунного ответа – макрофаги. В свете концепции программирования M1/M2-фенотипа макрофагов и парадигмы Th1/Th2 иммунного ответа одним из основных клеточных механизмов формирования воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ является фенотипический дисбаланс макрофагов.

Цель работы – оценить влияние рефлюктатов различного типа на фенотип макрофагов и преобладающий фенотип макрофагов в системном кровотоке пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. В исследование включено 68 пациентов с различными формами ГЭРБ и пищеводом Барретта. Фенотип макрофагов

оценивали *in vitro* путем добавления рефлюктатов пациентов ($n = 68$) с различным рН: 4,6–6,6, $n = 31$ (группа I), 6,7–7,2, $n = 28$ (группа II), 7,3–8,1, $n = 6$ (группа III) к перитонеальным макрофагам мышей генетической линии C57/BL6 ($n = 68$) с последующим культивированием макрофагов в стандартных условиях (10 % FBS, питательная среда RPMI 1640) в течение 36 ч. Из образцов венозной крови пациентов выделяли моноциты и культивировали их до макрофагов (макрофаги, полученные из моноцитов, MDM) в стандартных условиях – питательная среда RPMI 1640, 10 % FBS, 37C, 5 % CO₂. Объединенный анализ фенотипа макрофагов и MDM включал оценку секреторной активности (продукция Th1/Th2-цитокинов в культуральной среде, Antigenix, США), рецепторных характеристик – типичные поверхностные CD маркеры M1/M2 фенотипов макрофагов (CD25, CD80 / CD163, CD206 соответственно), методом проточной цитофлуориметрии (Beckman Coulter FC500).

Результаты. Установлено преобладание макрофагальной продукции Th1 и бивалентных Th1/Th2 (ИЛ-2, ИЛ-6) цитокинов относительно Th2. Наиболее значимые изменения, обусловленные влиянием рН-рефлюктата, выявлены в уровне продукции таких Th1 цитокинов, как ИЛ-8, TNF- α и TNF- β : увеличение рН способствовало возрастанию их продукции в 2, 1,8 и 3,5 раза соответственно ($p < 0,05$). Выработка макрофагальных Th2-цитокинов также возрастала с увеличением рН. Наиболее значимые изменения отмечены для ИЛ-10: $8,43 \pm 3,13$ пг/мл в группе I по сравнению с $27,7 \pm 8,65$ пг/мл в группе III ($p < 0,05$). Экспрессия поверхностных CD-маркеров M1/M2-фенотипа макрофагов значительно варьировала в зависимости от кислотности рефлюктата. В группе с щелочной реакцией рефлюктата (III группа) установлено увеличение экспрессии маркеров M2 CD163/CD206 по сравнению с M1 CD80/CD25, но изменение индекса M1/M2 CD экспрессии все же показало преобладание фенотипа M1 в группах: $2,49 \pm 0,15$ (II) и $1,29 \pm 0,12$ (III) ($p < 0,05$). Анализ фенотипа MDM показал распространенность M1 фенотипа во всех экспериментальных группах.

Выводы. Объединенный анализ влияния типа рефлюктата в зависимости от его рН у пациентов с ГЭРБ на фенотип макрофагов показал преобладание M1 провоспалительных (Th1) активированных макрофагов с повышенной экспрессией поверхностных маркеров M1 и преимущественно повышенным образованием Th1 цитокинов (ИЛ-8, TNF- α , TNF- β). Эти изменения были наиболее выражены в макрофагах, подвергавшихся воздействию рефлюктата кислого характера. Воздействие рефлюктата со слабощелочной реакцией по сравнению с другими типами способствовало увеличению экспрессии CD маркеров M2-фенотипа и увеличению продукции Th2-цитокинов. Анализ фенотипа MDM выявил преобладание M1-фенотипа независимо от рН рефлюктата.

Эффективность применения кетопрофена при остром подагрическом артрите

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет,
Оренбург

Подагра – метаболическое заболевание, проявляющееся нарушением обмена пуринов и накоплением мочевой кислоты (МК) и уратов, с образованием кристаллов моноурата натрия и отложением их в органах-мишенях. Острый подагрический артрит является крайне болезненным состоянием, которое заставляет пациента обращаться к врачам поликлиники. Для лечения острого подагрического артрита препаратами 1-й линии являются нестероидные противовоспалительные

препараты (НПВП). В сравнении с другими НПВП в этом отношении выгодно выделяется кетонал, отличающийся наиболее быстрым началом анальгетического действия. Концентрация в плазме составляет до 90 % определяется через 1–2 ч после введения. Также быстро нарастает концентрация кетонала и в синовиальной жидкости, что предопределяет его применения для купирования приступа острой боли у больного подагрой.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность терапии острого артрита у больных подагрой с использованием кетопрофена (кетонала).

Материалы и методы. В исследование был включен 21 больной (15 мужчин и 6 женщин) с достоверным диагнозом подагры, обратившихся в поликлинику с приступом острого артрита, давшие информированное согласие на лечение. Критерии включения пациентов были следующие: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит длительностью не более 3 нед, поражение не более 4 суставов. Всем больным назначали кетопрофен (кетонал) в дозе 2 мл (50 мг/мл) внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней. Эффективность препарата оценивали с помощью артрологических тестов (выраженность болевого синдрома по ВАШ в покое и при ходьбе, индекс припухлости и гиперемии, суставной индекс в баллах) до начала исследования, через 5 дней и по окончании терапии.

Результаты. Средний возраст больных подагрой составил $57,2 \pm 11,07$ года, медиана и интерквартильный размах длительности болезни – 4,2 (1;6,5), число атак в год – $2,23 \pm 0,75$. Длительность последнего обострения составила $1,25 \pm 0,79$ нед, число пораженных суставов 3 (1;4). Наиболее часто (82 %) поражался I плюснефаланговый сустав, далее по частоте следовали артриты суставов предплюсны (12 %), голеностопных (50 %), коленных суставов (30 %). Артрит локтевых и проксимальных межфаланговых суставов кистей имелся в 4 (19 %) случаев. У 5 (24 %) пациентов были выявлены тофусы. У 14 (67 %) больных отмечена АГ, у 2 (10 %) – сахарный диабет 2-го типа, у 6 (28,5 %) – ожирение, нефролитиаз (микролиты) – у (45 %). Уровень МК в сыворотке крови составил $469,18 \pm 58,27$ ммоль/л. На момент исследования пациенты не принимали другие НПВП, аллопуринол регулярно получала только половина пациентов. Число припухших суставов на момент первичного осмотра суставов составило 2 (1;3), индекс припухлости – $3,5 \pm 1,5$ балла, индекс гиперемии $1,7 \pm 0,8$ и суставной индекс $3,0 \pm 1,5$ балла, а также боли по ВАШ в покое $42,0 \pm 16,4$ мм, при движении $78,9 \pm 14,2$ мм. Оценка ОСП по ВАШ до начала терапии составила $82,9 \pm 16,2$ мм. На фоне терапии с применением кетонала к 5-му дню терапии отмечалось статистически значимое улучшение всех клинических показателей, используемых для оценки суставного синдрома у больных подагрой, и эта тенденция нарастала к окончанию курса терапии. Так, приступ артрита был купирован к 5-му дню терапии кетоналом у 7 (33 %) больных, к 7-му дню – еще у 2 пациентов (10 %), к 10-му дню – у 9 (43 %). У 2 (10 %) пациентов отмечалось ухудшение состояния, которое проявилось вовлечением в воспалительный процесс новых суставов. Следует отметить, что 6 (28,5 %) пациентов указали на четкий обезболивающий эффект препарата уже в 1-е сутки лечения, 10 (50 %) – на 2-е сутки и только 2 (10 %) – на 3-и сутки лечения. Переносимость препарата оценена как хорошая или отличная у всех пациентов. На фоне терапии кетоналом не отмечалось повышение биохимических параметров и АД, что не потребовало коррекции доз гипотензивных препаратов.

Выводы. У большинства больных (90 %) с острым подагрическим артритом кетопрофен (кетонал) в дозе 2 мл/сут (50 мг/мл) достаточно эффективно купировал болевой синдром и воспаление в пораженных суставах при хорошей переносимости препарата, что позволило оптимизировать лечение данной категории пациентов в амбулаторных условиях.

Клинико-функциональное состояние миокарда и почек у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией и сахарным диабетом при терапии гиполипидемическими препаратами

Максютова С.С., Муталова Э.Г., Максютова Л.Ф., Фрид С.А.,
Максютова А.Ф., Камалтдинова Г.Я., Кудрявцева И.В.

Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа

Цель работы – оценить клиническую эффективность гиполипидемической терапии (ГТ), состояние миокарда и почек у пациентов с АГ и сахарным диабетом (СД) 2-го типа до и после лечения.

Материалы и методы. Проведено комплексное динамическое клинико-функциональное наблюдение 58 пациентов (21 мужчина и 37 женщин в возрасте 67–86 лет, в среднем $75,6 \pm 1,3$ года). Средняя продолжительность заболевания СД составила $8,5 \pm 1,8$ года, средний уровень гликированного гемоглобина равнялся $7,6 \pm 1,7$ %. АД на фоне проводимой антигипертензивной терапии соответствовало целевым показателям – $132,7 \pm 15,2/80,2 \pm 6,8$ мм рт.ст. У 50 пациентов (86,2 %) выявлен абдоминальный тип ожирения, ИМТ составил в среднем $29,5 \pm 3,8$ кг/м². Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, клинико-лабораторным характеристикам и проводимой сахароснижающей терапии. Пациенты 1-й группы (31 человек) получали розувастин (мертинил) в дозе 10 мг/сут в течение 3 мес. У 27 больных 2-й группы ГТ не проводилась по различным причинам, однако лечение сердечно-сосудистыми препаратами оставалось стабильным. У всех обследованных определяли липиды плазмы крови: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и ХС ЛПНП, креатинин сыворотки (КС) крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, микроальбуминурию (МАУ); индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) с помощью ЭхоКГ.

Результаты. Уровень ОХС до лечения у пациентов 1-й группы составил у мужчин $6,3 \pm 0,3$, у женщин – $5,9 \pm 0,4$ ммоль/л, во 2-й группе $5,8 \pm 0,3$ и $5,7 \pm 0,4$ ммоль/л соответственно. ТГ в 1-й группе у мужчин составили $2,5 \pm 0,8$, у женщин – $2,3 \pm 0,7$ ммоль/л; во 2-й группе $2,6 \pm 0,7$ и $2,4 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно. ХС ЛПНП у больных 1-й группы составил у мужчин $3,6 \pm 0,9$, у женщин – $3,8 \pm 0,8$ ммоль/л. У мужчин 2-й группы ХС ЛПНП был равен $3,3 \pm 0,7$, у женщин – $3,6 \pm 0,6$ ммоль/л. После лечения отмечалось достоверное снижение уровня ОХС в 1-й группе у мужчин на 14,1 % (до $5,4 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,05$), у женщин – на 11,9 % (до $5,2 \pm 0,3$ ммоль/л) ($p < 0,05$). Уровень ТГ в 1-й группе достоверно снизился до $1,7 \pm 0,5$ (на 32 %, $p < 0,05$) у мужчин и до $1,8 \pm 0,4$ ммоль/л (на 21,7 %, $p < 0,05$) у женщин. Параметры ХС ЛПНП также снизились в 1-й группе у мужчин до $2,5 \pm 0,6$ (на 30,5 %, $p < 0,05$), у женщин – до $2,7 \pm 0,5$ ммоль/л (на 28,9 %, $p < 0,05$). При исследовании ХС ЛПВП достоверной динамики не наблюдалось как в 1-й группе, так и во 2-й. У пациентов 1-й группы после лечения уровни КС и СКФ практически не изменились, а МАУ снизилась с $146,8 \pm 32,2$ до $108,4 \pm 31,3$ (на 26,2 %, $p < 0,05$). У больных 2-й группы отмечалось повышение уровня креатинина на 8,2 % ($p < 0,05$), снижение СКФ на 10,7 % ($p < 0,05$), увеличение МАУ на 17,8 % ($p < 0,05$). ИММЛЖ у больных 1-й группы практически не изменился, во 2-й группе увеличился на 5,8 % ($p < 0,05$). Гендерных различий в показателях не выявлялось.

Выводы. Дополнительное назначение розувастатина пациентам пожилого возраста с СД и АГ сопровождается нефропротективным действием, что проявляется снижением выраженности МАУ, отсутствием отрицательной динамики показателей КС и СКФ. Отсутствие дальнейшего ремоделирования ЛЖ свидетельствует о кардиопротективном влиянии ГТ.

Особенности фармакологической коррекции гиперлипидемии у больных ишемической болезнью сердца на фоне острой респираторной вирусной инфекции

Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Ряд вирусов, имеют свойства белков цитокинов, поэтому могут расцениваться как цитокины. Синтез этих белков изменяет эффект цитокинов. При острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) развивается дисбаланс взаимодействия цитокинов на фоне хронической инфекции (герпетической, цитомегаловирусной). Эти изменения могут приобретать необратимый характер и стимулировать воспалительный процесс, мотивировать изменения фармакологической коррекции гиперлипидемий (ГЛП) с учетом наличияотягщающего фона (сопутствующей вирусной инфекции) с поиском наиболее эффективных препаратов с минимальными затратами.

Цель работы – изучить вариабельность лекарственного ответа при оценке гиполипидемического и плейотропного эффектов статинов IV поколения (розувастатин) у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения I–II ФК с первичной изолированной или сочетанной гиперхолестеринемией и в сочетании с острым инфекционным заболеванием (ОРВИ).

Материалы и методы. В исследование были включены больные ИБС стенокардией напряжения I–II ФК изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) (мужчины и женщины в постменопаузе). Проведено фармакогенетическое тестирование, а также оценка антропометрических, анамнестических, иммунологических, биохимических и вирусологических данных. У больных ИБС на этапе скрининга при фармакологической коррекции критерием проявления гиполипидемического эффекта было достижение целевого холестерина (ХС) ЛПНП у 67,6 % больных, среди них с изолированной ГХС – 38 % больных с сочетанной ГХС – 29,6 % достигли целевого ХС ЛПНП на фоне гиполипидемической терапии розувастатином. После верификации диагноза ОРВИ у больных на II визите дальнейшее наблюдение проводилось параллельно в 2 группах исследуемых больных: по сохранению достигнутого гиполипидемического эффекта. При фармакологической коррекции ГЛП розувастатином 10 мг/сут на II визите (при присоединении вирусной инфекции) получено повышение параметров липидтранспортной системы (ХС, ХС ЛПНП и атерогенный индекс (АИ)) соответственно у больных с изолированной ГХС в сравнении с амбулаторным этапом наблюдения как у мужчин, так и у женщин. 24 % больных ИБС с сочетанной ГХС в 1-й день инфекционного заболевания при фармакологической коррекции розувастатином 10 мг/сут достигли целевого ХС ЛПНП; 5,6 % пациентов потеряли исходный достигнутый уровень по сравнению с I визитом. Выявленная на II визите дестабилизация течения ИБС проявилась потерей баланса в достижении целевого ХС ЛПНП при фармакологической коррекции ГЛП розувастатином и хронологически совпала с заболеванием вирусной инфекцией. Фармакологическая коррекция ГЛП розувастатином 10 мг/сут привела к достижению целевого ХС ЛПНП при динамическом наблюдении у больных с сопутствующей патологией (ИБС + ОРВИ) у 47 % больных, что мотивировало увеличение дозы до 20 мг/сут. У больных с сочетанной ГХС зафиксирован повышенный уровень общего ХС, ХС ЛПНП и АИ по сравнению с изолированной ГХС при динамическом наблюдении. При фармакологической коррекции ГЛП розувастатином критерием проявления гиполипидемического эффекта стало достижение целевого ХС ЛПНП у 67 % исследуемых больных ЛПНП к 12-й неделе фармакотерапии розувастатином. Среди них 33 % пациентов при фармакотерапии розувастатином в течение 12-ти недель не достигли

целевого холестерина. Так, оценив процент снижения исследуемых параметров липидного спектра к 12-й неделе наблюдения получено, что у женщин с полиморбидной патологией (ИБС + ОРВИ) с изолированной ГЛП ХС снизился 10 %, а у мужчин на 9,2 %, для больных с сочетанной ГЛП данные показатели составили 8,3 и 7,9 % соответственно.

Результаты. На фоне 12-недельной фармакологической коррекции розувастатином 10 мг/сут у больных ИБС с ОРВИ с изолированной ГЛП наблюдалось статистически значимое снижение уровня ХС –9,2 % у мужчин и –10 % у женщин, в то время как, с сочетанной ГЛП на 7,9 и 8,3 % соответственно. Снижение ХС ЛНП составило –35 % и –41 % у женщин с изолированной и сочетанной ГЛП, а у мужчин –25 % и –35 % соответственно.

Выводы. Увеличение дозы розувастатина до 20 мг/сут не привело к достижению целевого ХС ЛНП у 33 % исследуемых больных. Титрация дозы розувастатина до 20 мг/сут при фармакологической коррекции ГЛП, обусловленная полиморфизмом генов про- и противовоспалительных цитокинов при проявлении гиполипидемических свойств розувастатина, привела к дополнительному достижению ХС ЛНП у 27 % больных, не ответивших на дозу 10 мг/сут.

Лечение хеликобактериоза у больных сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с хронической гастродуоденальной патологией

Мартынюк М.В., Федорченко Ю.Л.

Городская поликлиника № 16, Хабаровск

Основным постулатом в лечении патологии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* (НР), является принцип эрадикации возбудителя. Лечение хеликобактериоза у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа с хроническими гастродуоденальными заболеваниями (ХГДЗ) остается актуальной задачей, учитывая высокую степень инфицированности данных пациентов: от 70 до 90 %. При этом в последние годы эффективность традиционных схем антихеликобактерной терапии снизилась по многим причинам, одной из которых является рост резистентности к антибактериальным препаратам со стороны НР.

Цель исследования состояла в изучении эффективности и последствий тройной и оптимизированной последовательной схем антихеликобактерной терапии больных СД в сочетании с ХГДЗ.

Материалы и методы. В открытое сравнительное контролируемое исследование по принципу случайно выборки были включены 118 пациентов, страдающих различными ХГДЗ и инфицированные НР. Из них у 54 больных диагностирован СД и 64 пациента были без СД, последние в качестве группы сравнения. Все больные в возрасте от 30 до 60 лет. Пациенты были рандомизированы по полу, возрасту, стажу ХГДЗ и СД, сопутствующей патологии. Всем проведена гастродуоденоскопия для подтверждения ХГДЗ, хеликобактерную инфекцию определяли уреазным методом и исследованием антигена бактерии в кале. Сформированы 4 группы обследованных: 1-я группа без СД и 2-я – с СД получали классическую тройную (ТР) антихеликобактерную терапию (омепразол + кларитромицин + амоксициллин) 10 дней; 3-я группа без СД и 4-я группа с СД – оптимизированную последовательную (ОП) терапию (рабепразол + амоксициллин – 7 дней, далее рабепразол + кларитромицин + метронидазол – 7 дней). Оценивали динамику клинической картины по бальной шкале GSRS, эндоскопическую ремиссию, эффективность эрадикации НР. Также изучали влияние схем антихеликобактерной терапии на синдром избыточного роста бактерий в кишечнике (СИБР) у данных больных. СИБР определяли дыхательным водородным тестом.

Результаты. Установлено, что ОП-схема лечения привела к эрадикации НР у больных без СД в 90 % случаев, а у пациентов с СД – в 85,7 % случаев, что достоверно выше, чем при ТР-схеме – 67,6 и 65,3 % соответственно ($p < 0,05$). Клиническая эффективность у больных ХГДЗ и СД при лечении ОП-схемой была достоверно выше, чем при ТР: Δ GSRS (уменьшение общей суммы баллов) при ОП – $38,4 \pm 2,5$ балла, по сравнению с ТР – $25,1 \pm 3,2$ балла ($p < 0,05$). Такая же зависимость прослеживалась и в группе ХГДЗ без СД. Эндоскопическая ремиссия также была в большем проценте случаев получена во всех группах ОП-терапии по отношению к ТР-терапии (в группе 3 – 93,5 % по сравнению с группой 1 – 70,6 %, $p < 0,05$; в группе 4 – 82,1 %, по сравнению с группой 2 – 61,5 %, $p < 0,05$). Интерес представляют данные по влиянию эрадикационной терапии на СИБР в кишечнике, который исходно имел место у 44–46 % больных ГДЗ без СД (в зависимости от группы), и у 69–78 % больных с СД. Только ОП-схема терапии позволила достоверно уменьшить число больных с СИБР в группах больных ХГДЗ.

Заключение. Использование в качестве антихеликобактерной терапии больных СД с ХГДЗ ОП-схемы эрадикации достоверно повышает клиническую эффективность лечения, степень эрадикации возбудителя по сравнению со стандартной ТР-терапией. ОП-схема лечения НР-инфекции позволяет уменьшить число страдающих СИБР среди больных ХГДЗ и СД.

Влияние антигипертензивной терапии на эластические свойства артерий

Масленникова О.М.

Центральная государственная медицинская академия, Москва

Наличие тесной связи между частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений и состоянием сосудистой стенки у больных АГ привело к формированию новых требований к современным антигипертензивным препаратам.

Целью исследования стало изучение динамики изменений эластических свойств артерий в результате антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Всего в исследование был включен 121 пациент с АГ (средний возраст $49,3 \pm 5,9$ года). В зависимости от схемы антигипертензивной терапии были сформированы 3 группы пациентов: 1-я группа (32 пациента), получавшие амлодипин в дозе 5–10 мг/сут, 2-я группа (44 пациента), получавшие фиксированную комбинацию периндоприла 4 мг и индапамида 1,25 мг, 3-я группа (45 пациентов), получавших другую адекватную антигипертензивную терапию. Для изучения динамики эластических свойств сосудов оценивали показатели скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического (СРПВэ) и мышечного (СРПВм) типов. Параллельно проводилось дуплексное сканирование сонных артерий и ЭхоКГ до начала и на фоне терапии.

Результаты. Достоверное уменьшение средних значений СРПВэ ($p < 0,05$) было отмечено во всех 3 группах пациентов через 6 мес терапии, но в большей степени в 1-й группе. Через 12 мес лечения снижение СРПВэ достигло 17,0 и 16,5 % от исходного уровня в 1-й и 2-й группах соответственно, а в 3-й группе оно было менее выраженным (на 10,1 % от исходного уровня). Наиболее выраженное снижение СРПВм через 6 мес лечения отмечено в 1-й группе ($p < 0,001$), несколько меньше – во 2-й группе ($p < 0,05$) пациентов. В 3-й группе снижения СРПВм не наблюдалось ($p > 0,05$). Толщина комплекса интима/медиа сонных артерий через 6 мес после лечения амлодипином уменьшилась в среднем на 10,1 % ($p < 0,05$). Через 12 мес лечения во 2-й и в 3-й группе была отмечена достоверная динамика обратного развития ремоделирования левого желудочка (ЛЖ):

уменьшение толщины задней стенки ЛЖ, межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда ЛЖ ($p < 0,05$), диастолической дисфункции ЛЖ. Выводы. Снижение СРПВм произошло у пациентов, принимающих препараты, обладающие периферическим вазодилатирующим действием. Параллелизм результатов разных методов исследования динамики эластических свойств сосудов позволяет заключить, что изменения показателей происходят не только в результате прямого гипотензивного действия (снижения АД), но и улучшения эластических свойств сосудов за счет структурных изменений артерий.

Анализ извещений о нежелательных лекарственных реакциях антигипертензивных препаратов в Республике Крым в 2011–2016 гг.

Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь, Национальный научный центр фармаконадзора, Москва

АГ – один из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, являющихся основной причиной высокой смертности и инвалидизации населения во всех странах. Важнейшей проблемой лечения АГ является поиск оптимальных лекарственных препаратов, которые обеспечивали бы максимальный терапевтический эффект при минимальном риске развития осложнений терапии.

Целью нашей работы было изучение структуры и особенностей нежелательных лекарственных реакций (НЛР) антигипертензивных лекарственных средств.

Материалы и методы. В работе использовали данные извещений о нежелательных реакциях лекарственных препаратов, поступивших от врачей Республики Крым и внесенных в аналитическую информационную систему фармаконадзора Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения за период 2014–2016 гг. или отосланные в Государственный экспертный центр Минздрава Украины в 2011–2013 гг. Анализ проводили с использованием локальной базы данных ARCADE, при этом использовали АТХ-классификацию, классификацию по типу НЛР (классификация Роулинса–Томпсона) и шкалу Karch–Lasagna для определения причинно-следственной связи между приемом лекарственного средства и возникшей ПР.

Результаты. За период 2011–2016 гг. было зарегистрировано 78 случаев побочных реакций на препараты 1-й линии для лечения АГ. Среди фармакологических групп наиболее часто НЛР вызывали препараты группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – 46 случаев (59 %). Значительно реже НЛР были связаны с приемом блокаторов кальциевых каналов (БКК) – 14 случаев (18 %) и β -адреноблокаторов – 12 случаев (15 %). Среди ИАПФ препаратами-«лидерами» были лизиноприл (13 случаев НЛР) и эналаприл (12 случаев). Среди БКК НЛР в большинстве случаев вызывал амлодипин (12 случаев). Побочные реакции на антигипертензивные препараты чаще возникали у женщин (65 % случаев) и наблюдались у пациентов в возрасте 51–65 лет – 35 случаев (45 %) и 66–80 лет – 32 случая (41 %). Среди проявлений НЛР антигипертензивных препаратов наиболее часто встречались нарушения со стороны органов дыхания (34 случая), кожных покровов (15 случаев) и нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (12 случаев). Наиболее частым проявлением НЛР со стороны органов дыхания был сухой кашель при применении препаратов группы ИАПФ. При этом коррекция НЛР потребовалась в 20 случаях (26 %), в остальных

58 случаях пациенты в дополнительной терапии НЛР не нуждались. Анализ извещений о НЛР позволили определить, что большинство (83 %) побочных реакций относились к типу «А» (дозозависимые, связанные с механизмом действия лекарственных средств), а остальные (17 %) – к типу «В» или «Н» (реакции гиперчувствительности). При анализе степени тяжести НЛР, возникающих при использовании антигипертензивных препаратов, было определено, что в 11 % случаев (9 извещений) эти реакции были средней степени тяжести, а в 1 случае носили угрожающий жизни характер (отек Квинке). Определение причинно-следственной связи с помощью шкалы Karch–Lasagna показало, что в 37 % случаев (29 извещений) связь между проявлениями НЛР и приемом лекарственного препарата была возможной, а в 33 % случаев – вероятной. В 12 случаях НЛР причинно-следственная связь была определенной.

Выводы. Анализ извещений о НЛР на антигипертензивные препараты показал, что большая часть регистрируемых реакций относится к числу не угрожающих жизни и здоровью больного и не требует проведения дополнительной фармакотерапии. Однако следует учитывать, что большинство из них могут значительно снижать качество жизни пациента и его приверженность лечению.

Лабораторные предикторы преклинического поражения почек у больных подагрой

Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н., Мишко М.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель исследования – определение клинико-диагностического значения цистатина С, оценка расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина и цистатина С, их сопоставление у больных подагрой в зависимости от наличия АГ.

Материалы и методы. Обследованы 105 мужчин с подагрой, средний возраст больных составил $49 \pm 8,5$ года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Мочевую кислоту (МК) сыворотки крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой (HUMAN, Германия). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось с помощью аппарата АВРМ-05 фирмы Meditech, Венгрия. Сывороточную концентрацию СРБ (мг/л) оценивали высокочувствительным иммуноферментным методом F. Hoffman-La-Roche (Австрия). Цистатин С определяли с помощью ИФА с использованием набора Human Cystatin C ELISA фирмы Bio Vendor (Чехия), референсные значения 0,60–1,11 мг/л. Стадию хронической болезни почек (ХБП) устанавливали согласно рекомендациям экспертов KDIGO 2013 г. СКФ рассчитывали по формулам CKD-EPI на основании клиренса эндогенного креатинина (CKD-EPIcr, ml/min/1,73 м²) и цистатина С (CKD-EPIcys, ml/min/1,73 м²) с помощью калькулятора Национального почечного фонда США (http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/gfr_calculator.cfm). Контрольная группа состояла из 25 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0. Оценивали t-критерий Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Среди обследованных мужчин с подагрой у 75 пациентов (71,4 %) была диагностирована АГ, 30 пациентов (28,6 %) повышения АД не имели. Пациенты с подагрой в сочетании с АГ отличались более длительным течением заболевания, содержанием МК сыворотки крови (409,8 (382,9;564,5) и 545,7 (422,0;603,2) мкмоль/л соответственно; p

<0,05) и уровнем СРБ (12,3 (8,2;20,8) и 9,7 (2,1;12,8) мг/л соответственно; $p < 0,05$) по сравнению с пациентами, имеющими нормальные цифры АД. Содержание цистатина С при сопутствующей АГ в 1,6 раза превышало данный показатель у пациентов с нормальными усредненными показателями АД (1,89 (1,14;2,32) и 1,17 (1,05;1,71) мг/л соответственно, $p < 0,001$) и в 2,1 раза у группы контроля. СКФ у больных подагрой с наличием АГ, рассчитанная методом СКД-EPICr, составила 72,0 (41,0;86,5) мл/мин/1,73 м², что соответствовало начальному ухудшению функционального состояния почек (ХБП СII). При этом расчет СКФ по формуле СКД-EPICys свидетельствовал о более существенном ограничении фильтрационной способности почек (ХБП СIIIa) и составил 65,46 (51,3;86,1) мл/мин/1,73 м², $p < 0,05$. Выявлена статистически значимая отрицательная связь между содержанием цистатина С и уровнем СКФ по формуле СКД-EPICys ($r = -0,51$, $p < 0,001$) и СКД-EPICr ($r = -0,41$, $p < 0,05$ соответственно). Установлены обратные корреляционные связи СКФ, рассчитанной по формуле СКД-EPICys с сывороточным уровнем МК ($r = -0,50$, $p < 0,001$), содержанием СРБ ($r = -0,45$, $p < 0,001$), среднесуточными величинами диастолического АД ($r = -0,43$; $p < 0,001$), индексом времени диастолического АД в дневное и ночное время ($r = -0,28$; $p < 0,05$ и $r = -0,31$; $p < 0,001$ соответственно), а также зависимость СКФ по клиренсу эндогенного креатинина с уровнем СРБ ($r = 0,28$, $p < 0,05$), содержанием гемоглобина ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и величиной СОЭ ($r = -0,19$, $p < 0,001$).

Выводы. У 75 % больных подагрой формируется АГ. У пациентов с подагрой отмечается значимое увеличение цистатина С, более выраженное при наличии АГ. СКФ, рассчитанная по формуле СКД-EPICys, выявляла более раннее ее снижение в сравнении с формулой СКД-EPICr. По нашему мнению, является обоснованным определять СКФ не только на основе традиционной формулы СКД-EPICr с определением креатинина, но и проводить расчет СКФ по уровню цистатина С. Таким образом, цистатин С может быть рассмотрен как новый ранний маркер доклинического поражения почек у больных подагрой.

Роль артериальной ригидности на ранних этапах сердечно-сосудистого континуума

Медведев И.В., Григоричева Е.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

Актуальность. Сердечно-сосудистый континуум представляет собой непрерывную цепь взаимосвязанных изменений в сердечно-сосудистой системе от воздействия ФР, через постепенное возникновение и прогрессирование сердечно-сосудистого заболевания до развития терминального поражения сердца и смертельного исхода. В настоящее время помимо основных ФР особый вклад вносят «новые» факторы, к которым относят артериальную ригидность. Начинаясь как многофакторный, многокомпонентный процесс, сердечно-сосудистый континуум пролонгируется через серию сосудистых (дисфункция эндотелия, атеросклероз, артериосклероз) и сердечных изменений (гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), низкая ВСР, высокая частота сердечных сокращений (ЧСС)). Сосудистая стенка является органом-мишенью патологических состояний, которые приводят к нарушению ее структуры и функции, что, в свою очередь, служит прогностическим фактором развития сердечно-сосудистых осложнений и независимым предиктором будущих сосудистых катастроф.

Цель исследования – определить роль артериальной ригидности на ранних этапах сердечно-сосудистого континуума у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ). Задачи:

1. Провести определенную выборку пациентов, страдающих ГБ.
2. Провести анкетирование исследуемых.
3. Исследовать артериальную ригидность с помощью пакета прикладных программ VPLab Vasotens «Петр Телегин».

Материалы и методы. Исследование проходило на базе клиники ЮУГМУ, в исследовании участвовало 50 человек, из них женщин 30 и мужчин 20 в возрасте 20–80 лет (средний возраст 60,4 года), с диагнозом ГБ. Далее исследуемая выборка разделена на 2 группы: 1-я – больные ГБ – 26 человек (52 %), 2-я – ГБ + сахарный диабет (СД) – 24 человек (48 %). Исследуемой группе были проведены все обследования, входящие в стандарт при данных нозологиях. Проведено анкетирование для определения факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Проводилось измерение АД осциллометрическим методом на аппарате VPLab («Петр Телегин») с последующим расчетом жесткости, с применением пакета прикладных программ Vasotens Office, с помощью которой рассчитывались уровни систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), среднего АД (САД), время распространения отраженной волны, пульсовое АД (ПАД), индекс ригидности артерий, индекс аугментации, скорости распространения пульсовой волны в аорте.

Результаты. Средний стаж ГБ у всех исследуемых ($n = 50$) – 9,0 лет. Средний балл по SCORE – 5,0. Среднее САД на руке 147,3 мм рт.ст., САД на лодыжке – 174,2 мм рт.ст. ДАД – 87,4 мм рт.ст. САД – 114,4 мм рт.ст. ПАД – 60,0 мм рт.ст. Среднее время распространения отраженной волны – 129,4. Средняя скорость распространения пульсовой волны в аорте 10,8. Средний индекс ригидности артерий – 167,1. Средний индекс аугментации – (-7,6). Среднее значение ЛПИ – 1,2. В 1-й группе исследуемых ($n = 26$) среднее САД на руке – 143,6 мм рт.ст., среднее САД на лодыжке – 170,2 мм рт.ст., ДАД – 89,0 мм рт.ст., САД – 113,08 мм рт.ст., ПАД – 54,3 мм рт.ст. Среднее время распространения отраженной волны – 133,3. Средняя скорость распространения пульсовой волны в аорте – 10,7. Средний индекс ригидности артерий – 146,7. Средний индекс аугментации – (-10,6). Среднее значение ЛПИ – 1,2, средний балл по SCORE – 4,3. Стаж ГБ – 7,69 года. Во 2-й группе ($n = 24$) среднее САД на руке – 152,2 мм рт.ст., среднее САД на лодыжке – 180 мм рт.ст., ДАД – 85,1 мм рт.ст., САД – 116,2 мм рт.ст., ПАД – 67,88. Среднее время распространения отраженной волны – 124,1. Средняя скорость распространения пульсовой волны в аорте – 11,1. Средний индекс ригидности артерий – 194,6. Средний индекс аугментации – (-3,7). Среднее значение ЛПИ – 1,19, средний балл по SCORE – 9,1. Стаж ГБ – 12,2 года ($p < 0,05$).

Выводы. Показатели артериальной ригидности на ранних этапах сердечно-сосудистого континуума, ассоциируясь с показателями высокого риска по шкале SCORE, являются маркерами неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. В ходе исследования прослеживается статистическая зависимость скорости распространения пульсовой волны в аорте, индекса аугментации и индекса ригидности артерий в группе больных с наличием ГБ, ассоциированной с СД 2-го типа, что с свою очередь ускоряет ремоделирование сосудистой стенки и влияет на прогноз.

Изменение индивидуального восприятия времени на фоне вегетативно-сосудистого пароксизма и его купирования

Михайлис А.А.

Пензенский государственный университет, Нижнеомовская
межрайонная больница Пензенской области, Пенза

Стресс-ассоциированная сердечно-сосудистая патология является важнейшей причиной смертности и инвалидизации населения

индустриально развитых стран. Одну из ключевых ролей в развитии инфарктов и инсультов играет гипертоническая болезнь (ГБ), при которой особую опасность представляют гипертензивные кризы. В то же время ГБ не возникает внезапно, а развивается постепенно, нередко начинаясь с так называемой нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Последняя рассматривается как условная нозологическая форма, по сути представляющая собой классическое психосоматическое расстройство. При ней не обнаруживаются морфологические изменения в сердце, почках, артериолах, характерные для ГБ. Вместе с тем имеется четкая корреляция между наличием НЦД по гипертоническому типу в молодости и развитием ГБ с возрастом. Обострения НЦД проявляются в виде вегетативно-сосудистых пароксизмов (ВСП), среди которых особый интерес вызывают те, что протекают по симпатoadреналовому типу, поскольку активация симпатoadреналовых механизмов играет важнейшую роль в патогенезе ГБ, одновременно выступая и как компонент прессорной системы, и как главное звено стресс-реализующей системы. Логично предположить, что ее избыточная активация при ВСП должна сопровождаться изменением индивидуального восприятия времени (ИВВ) больным человеком, коль скоро стресс вызывает разного рода десинхронозы и десинхронизмы, искажая биоритмологический портрет организма. ВСП не относятся к угрожающим жизни расстройствам здоровья, тем не менее, они приносят больным такой дискомфорт, что те нередко вынуждены обращаться за скорой и неотложной медицинской помощью (СИНМП).

Целью настоящей работы являлось изучение влияния обострений НЦД в виде ВСП по симпатoadреналовому типу и вегето-корректирующей терапии на ИВВ больным человеком.

Материалы и методы. В исследование включены 300 пациентов, обратившихся за СИНМП по поводу ВСП по симпатoadреналовому типу, от 18 до 45 лет, имевшие в анамнезе установленный диагноз НЦД и не имевшие ГБ, с величиной систолического АД (САД) до 160 мм рт.ст., диастолического – до 100 мм рт.ст., поровну обоего пола, у которых для купирования ВСП в зависимости от величины АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и выраженности невротической симптоматики, использовались одновременно пропранолол 10–40 мг внутрь и фенезепам 0,5–2 мг сублингвально. ИВВ оценивалось в тесте «индивидуальной секунды» (ИС) – пациенту предлагается отмерить путем счета 100 или 50 с, при этом секундомером фиксируется то время, за которое испытуемый продельвает данное действие. Отклонение в ту или иную сторону при счете до 100 указывается в процентах (в случае счета до 50 – умножается на 2). Вместе с информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство (в соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья...») в карте вызова пациенты подписывали и согласие на участие в научном исследовании. Тест проводился двукратно – непосредственно перед приемом препаратов и через 30 мин. Сравнивали изменение ИВВ в зависимости от пола, возраста, степени АГ, преобладающей симптоматики. При статистической обработке результатов использован корреляционный анализ. Для оценки достоверности различий между группами применялся непараметрический критерий χ^2 .

Результаты. ВСП по симпатoadреналовому типу сопровождался укорочением ИС на 5–20 % у всех пациентов. Укорочение ИС до 15–20 % было более выражено у пациентов моложе 30 лет, мужского пола, с более выраженной невротической симптоматикой, с ЧСС выше 100/минуту и САД выше 140 мм рт.ст. Купирование симпатoadреналового ВСП бета-адреноблокатором и транквилизатором характеризовалось обратной динамикой – увеличением ИС на 5–35 % по сравнению с исходными значениями.

Выводы. 1. Активация стресс-реализующей системы при симпатoadреналовом ВСП приводит к изменению ИВВ в виде укорочения теста ИС, что отражает ускорение хода биологических часов организма. 2. Степень укорочения ИС прямо пропорциональна степени активации

симпатoadреналовой системы, а также зависит от пола, возраста и тяжести психогении. 3. Снижение активности стресс-реализующей системы в ходе купирования ВСП характеризуется обратной динамикой ИВВ, проявляясь удлинением ИС.

Диагностические проблемы мультивирусной инфекции при хронических заболеваниях печени

Морозов И.А., Ильченко Л.Ю., Федюкина Е.С., Федоров И.Г., Кожанова Т.В., Соболева Н.В.

Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

В клинической практике при диагностике хронических гепатитов (ХГ) в сыворотке крови определяют лишь 2 из гепатотропных вирусов – HBV (HBsAg) и HCV (anti-HCV). При отсутствии таковых, как правило, клинический диагноз ограничен в основном 3 заболеваниями: ХГ неустановленной этиологии, алкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). В то же время существует большое количество вирусов, открытых на рубеже столетий, способных персистировать в организме человека и вызывать патологию печени. К ним относятся: HGV/GBV-C, SEN (A, B, C, D, E, F, G, H), NF-V, TTV, TTmidiv (TTMDV), TTminiV (TTMV). Последние 3 вируса, которые были объединены Международным таксономическим комитетом в филогенетически неклассифицированное семейство Anelloviridae, имеют особое значение, поскольку они обладают свойствами как парентеральных, так и энтеральных вирусов и передаются любым способом, в том числе трансплацентарно. Японские ученые, открывшие эти вирусы, установили чрезвычайно высокую распространенность (70–100 %) всех 3 анелловирусов среди здорового населения различного возраста (от 0 до 80 лет). По механизмам передачи и по распространенности Anelloviridae очень напоминают цитомегаловирус. В наших исследованиях, проведенных в последнее десятилетие, установлена очень высокая распространенность Anelloviridae не только среди здоровых первичных доноров крови, но и среди пациентов с хроническими заболеваниями печени (ХЗП) вирусной (n = 52) и невирусной (n = 151) этиологии. Эти ретроспективные исследования показали существенные недостатки этиологической диагностики этих заболеваний. Прежде всего, для 3 вирусов семейства Anelloviridae выявлена не только гепатотропность, но и гепатогенность при моноинфекции TTV (n = 10) TTMDV (n = 2). Полное отсутствие маркеров вирусов, включая Anelloviridae, обнаружено только у 1 пациента. Вместе с тем оказалось, что у 69 из 151 пациента с предположительно невирусными ХЗП и у 15 из 30 – с ХГС выявлены anti-HBc при отсутствии в сыворотке крови HBsAg и HBV DNA. Электронно-микроскопическое обнаружение вирионов в цитоплазме гепатоцитов и иммуноцитохимическое выявление HBsAg подтвердило наличие «скрытой» HBV-инфекции у 84 из 203 пациентов. Результаты биохимических и патогистологических исследований свидетельствовали о наличии ХГ, ассоциированного с HBV-инфекцией. Наиболее интересные результаты были получены при анализе группы пациентов (n = 80) с клиническим диагнозом ХГ алкогольной этиологии. В группу вошли 29 женщин (средний возраст – 46,9 года) и 51 мужчина (средний возраст – 45,9 года). У 35 из 80 пациентов или у 38 % (n = 11) женщин и у 47 % (n = 24) мужчин была обнаружена «скрытая» HBV-инфекция. У половины пациентов группы (n = 39) были выявлены все 3 анелловируса, причем у 20 они сочетались с HBV-инфекцией. Два вируса одновременно обнаружены у 25 больных, в 11 случаях из которых также был выявлен HBV. Лишь 16 пациентов

были инфицированы 1 анелловирусом, 15 из которых – ТТV, 1 – ТТМD. В 11 случаях обнаружена моноинфекция ТТV, не сочетающаяся с HBV-инфекцией. Немногим отличалась ситуация в группе с ХГ неуточненной этиологии (n = 57), в которой женщины и мужчины были представлены почти в равном количестве (30 и 27 соответственно). У 30 больных этой группы обнаружена HBV-инфекция (52,6%). У 28 пациентов были выявлены все 3 анелловируса, в половине случаев сочетавшихся с HBV; 2 вируса обнаружены у 19 пациентов, 10 из которых были положительны по anti-HBc. Моноинфекция ТТV выявлена у 7 больных (в 4 случаях присутствовали anti-HBc), а моноинфекция ТТМV во всех 3 случаях сочеталась с HBV. Проведенный анализ показывает, что из 137 случаев ХЗП «невирусной» этиологии не было ни одного пациента, печень которого была бы свободна от гепатотропных и гепатогенных вирусов, что подтверждалось электронно-микроскопически и иммуногистохимически. У 87 пациентов выявлено 3–4 вируса, у 36 – 2 вируса, и лишь у 14 – моноинфекция, преимущественно ТТV. Важно отметить, что морфологические признаки алкогольного поражения печени, в частности, мелко- и крупнопочечная липидная инфильтрация гепатоцитов наблюдались у единичных пациентов. Проведенное исследование показывает необходимость коренного пересмотра в рамках ОМС стратегии клинической диагностики ХЗП с безусловным определением всего спектра гепатотропных вирусов, что соответствует Приказу Роспотребнадзора от 27.06.2011 № 621 «О совершенствовании эпиднадзора и мерах профилактики вирусных гепатитов».

Диагностическая ценность нового неинвазивного фекального маркера липокалина-2 для диагностики язвенного колита

Мухаметова Д.Д., Абдулганиева Д.И., Валеева И.Х., Одинцова А.Х.

*Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница, Казань*

На сегодняшний день ведется активный поиск неинвазивных суррогатных маркеров воспаления для диагностики язвенного колита (ЯК). Одним из новых маркеров является фекальный липокалин-2, который синтезируется при воспалении нейтрофилами и эпителиальными клетками кишечника. Цель работы: оценить диагностическую ценность нового неинвазивного маркера – липокалина-2 для диагностики ЯК. Материалы и методы: В исследование проспективно было включено 80 пациентов с ЯК и 20 здоровых добровольцев. У 22 пациентов с ЯК определялся уровень фекального кальпротектина. Средний возраст пациентов с ЯК составил $38,03 \pm 1,14$ лет, в контрольной группе – $30,13 \pm 1,5$ лет. Тяжесть ЯК определялась с помощью индекса активности Мейо: тяжелой степени тяжести было 17 (21%) пациентов, средней – 28 (35%) и легкой – 22 (28%) и в ремиссию – 13 (16%). Уровень фекального липокалина 2 и фекального кальпротектина в биообразцах определялся с помощью иммуноферментного анализа. Результаты: При обострении ЯК было выражено повышение уровня фекального липокалина 2 (4668 [1298; 7792] нг/мл) относительно контрольной группы (181 [169; 720] нг/мл) ($p < 0,001$). Выявлено, что в ремиссию заболевания отмечалось снижение уровня маркера – 3004 [1136; 4444] нг/мл ($p = 0,05$). Для определения наличия ЯК чувствительность липокалина 2 составила 78%, специфичность – 93%, AUC – 0,93 при пороговом значении 1132 нг/мл. Диагностическая ценность фекального липокалина 2 в качестве маркера обострения ЯК относительно ремиссии заболевания показала иной результат – чувствительность 78% и специфичность 40% и AUC 0,63 при пороговом значении 1132 нг/мл. Определена взаимосвязь уровня фекального липокалина 2 с тяжестью ЯК. У пациентов с тяжелой

степенью тяжести уровень фекального липокалина 2 – 6044 [4605; 9632] нг/мл был выше уровня средней степени – 4963 [2198; 7780] нг/мл ($p > 0,05$) и легкой – 2194 [786; 4668] ($p < 0,05$) нг/мл. Нами установлены корреляционные связи липокалина 2 с некоторыми клиническими и лабораторными показателями ЯК – с увеличением фекального липокалина 2 увеличивалась выраженность диареи ($r = 0,25$; $p < 0,05$), потери веса ($r = 0,27$; $p < 0,05$), слабости ($r = 0,38$; $p < 0,05$), СОЭ ($r = 0,44$; $p < 0,05$). Средний уровень фекального кальпротектина при обострении ЯК составил – $445,8 \pm 31,2$ мкг/г. Проведенный корреляционный анализ показал, что при увеличении уровня фекального липокалина 2 увеличивался уровень фекального кальпротектина ($r = 0,61$; $p < 0,05$). Выводы: Фекальный липокалин 2 как новый неинвазивный маркер для диагностики выявления активного ЯК показал высокую диагностическую ценность. При тяжелом обострении ЯК уровень липокалина 2 был максимальным. С увеличением уровня фекального кальпротектина увеличивался уровень фекального липокалина 2. Работа проходила экспертизу в Локальном Этическом Комитете Казанского государственного медицинского университета 21 января 2014 года, решено одобрить проведение данной работы.

Нарушения функции почек и углеводного обмена у перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом

*Мухетдинова Г.А., Артамонова И.В., Фазлыева Р.М., Мирсаева Г.Х.,
Макеева Г.К.*

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Целью исследования явилась оценка функционального состояния почек и углеводного обмена у пациентов, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС). В исследовании была проведена оценка функции почек и состояния углеводного обмена у 108 пациентов, в возрасте 41 (38;47) год, на протяжении 3 лет после перенесенной ГЛПС (через 3, 6, 12, 24 и 36 мес). ГЛПС в среднетяжелой форме перенесли 78 % пациентов, в тяжелой форме – 22 % пациентов. Ни одному из пациентов на госпитальном этапе гемодиализ не проводился. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводился по формуле СКD-EPI. Анализ альбуминурии в суточной моче пациентов проводился двукратно. На 1-м этапе альбуминурия в суточной моче оценивалась полуколичественным методом с помощью тест полосок Roche (Швейцария). Далее при положительном анализе проводилось количественное определение альбуминурии в суточной моче пациентов методом твердофазного ИФА с использованием набора реагентов ИммуноФА-МА (Россия). Определение уровня иммунореактивного инсулина проводилось с использованием комплекта реагентов Access Ultrasensitive Insulin на анализаторе Beckman Coulter (США). Расчет индекса инсулинорезистентности проводился по формуле: $HOMA-IR = I0 \times G0 / 22,5$, где $I0$ – уровень иммунореактивного инсулина (мкМЕ/мл), $G0$ – глюкоза венозной плазмы натощак (ммоль/л). Инсулинорезистентность – при $HOMA-IR > 2,7$. При оценке функции почек в динамике у перенесших ГЛПС следует отметить: экскреция альбумина у пациентов исследуемой группы в течение первых 6 мес после перенесенной ГЛПС определяется как высокая (A2) согласно национальным рекомендациям по хронической болезни почек (ХБП); на фоне рекомендованной нефропротективной терапии спустя 12, 24 и 36 мес альбуминурия у реконвалесцентов ГЛПС сохраняется повышенной (A1). Уровень СКФ в исследуемой группе был достоверно ниже, чем в контрольной, на протяжении 24 мес после перенесенной ГЛПС. Критерии ХБП через 6 мес выявлены у 23

пациентов (27,3 %), через 12 мес – у 12 (17,6 %), через 24 мес – у 10 пациентов (17,7 %) и через 36 мес – у 8 пациентов (16,5 %). Медиана глюкозы венозной крови пациентов, перенесших ГЛПС в сроки до 6 мес, достоверно отличается от соответствующего уровня контрольной группы, но не выходит за рамки нормы. Через 12 мес наблюдения и более не обнаружено достоверной разницы между медианами глюкозы венозной плазмы в обеих группах. Медиана уровня иммунореактивного инсулина в плазме пациентов, перенесших ГЛПС, повышена спустя 3 мес после перенесенного заболевания и нормализуется к 6-му месяцу наблюдения, сохраняясь достоверно на более высоком уровне по сравнению с контрольной группой на протяжении 12 мес. Медиана индекса инсулинорезистентности HOMA-IR сохраняется повышенной на протяжении 6 мес у перенесших ГЛПС, постепенно нормализуясь к 12-му месяцу наблюдения. При этом в течение 24 мес индекс инсулинорезистентности достоверно превышает соответствующий уровень в контрольной группе. Проведен корреляционный анализ между маркерами функционального состояния почек и углеводного обмена у пациентов, перенесших ГЛПС. Выявлена обратная корреляция средней силы между индексом инсулинорезистентности HOMA-IR и уровнем СКФ через 12 мес ($r = -0,57$, $p = 0,04$) после перенесенной ГЛПС. Таким образом, критерии ХБП выявлены у 27,3 % пациентов через 3 мес после перенесенной ГЛПС и у 16,5 % пациентов через 36 мес. Среди пациентов с ХБП в высоком проценте случаев отмечается ИР. По мере прогрессирования ХБП количество пациентов с ИР возрастает.

Саркопения при ревматоидном артрите: частота и клинические особенности

Мясоедова С.Е., Рубцова О.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Клиника Ивановской государственной медицинской академии, Городская клиническая больница № 4, Иваново

Цель работы – установить частоту и особенности проявлений саркопении у женщин с ревматоидным артритом (РА) среднего и пожилого возраста по сравнению с женщинами без РА.

Материалы и методы. Обследованы 86 пациенток с достоверным РА 42–74 лет (средний возраст $59,06 \pm 7,52$ года) и 81 женщина без РА и серьезной коморбидной патологии сходного возраста. Оценивали композиционный состав тела и минеральную плотность кости (МПК) в позвоночнике и бедре методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии аппаратом LunarProdidgy (GeneralElectric). Диагноз саркопении устанавливали по рекомендациям Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых (2010). За ИТМ, соответствующий саркопении, принимали показатель $<5,67$ кг/м². Учитывали также снижение мышечной силы рук и низкую скорость ходьбы ($\leq 0,8$ м/сек). При определении фенотипов саркопении за критерий ожирения принимали жировую массу ≥ 32 % от общей массы тела. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты представляли как $M \pm \sigma$. Результаты. ИТМ, соответствующий саркопении в 3 раза чаще встречался при РА (15,12 %), чем в его отсутствии (4,94 %). Клинически саркопения у большинства пациенток с РА проявлялась снижением мышечной силы рук (98 %), реже – низкой скоростью ходьбы (18,6 %). Среди больных РА с саркопенией у 46 % отмечена тяжелая саркопения при сочетании всех 3 диагностических признаков. По результатам денситометрии костная масса шейки бедра была ниже при РА ($0,85 \pm 0,13$ г/см²), чем при его отсутствии ($0,92 \pm 0,11$ г/см²). Саркопения в обеих группах сочеталась с ожирением и/или остеопенией/остеопорозом. В группе с РА в сравнении

с группой без РА чаще встречалась остеопеническая саркопения и остеосаркопеническое ожирение, наиболее неблагоприятные в плане функциональных нарушений, коморбидности и летальности.

Выводы. Саркопения встречается у 15 % женщин среднего и пожилого возраста, страдающих РА, без серьезных коморбидных заболеваний. При РА саркопения встречается чаще, чем в отсутствие РА. В том числе почти у половины больных РА имеется тяжелая саркопения со снижением мышечных функций верхних и нижних конечностей. Саркопения при РА чаще, чем в его отсутствие сочетается с остеопенией/остеопорозом, что повышает риск падений и переломов и требует своевременной диагностики и коррекции.

Влияние функциональных расстройств надпочечников на желудочно-кишечный тракт

Назаретян Э.Е., Бегларян Н.Б.

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, Медицинский центр Канакер-Зейтун, Медицинский центр Астхик, Армения, Ереван

У современного человека проблемы со здоровьем разного рода, в том числе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), не редкость. Широко изучаются действие *Helicobacter pylori*, пищевых поведенческих факторов, упоминается стрессовый фактор, но функциональные расстройства надпочечников, как вероятный виновник возникновения болезней пищеварительной системы, остаются малоизученными. Функциональное расстройство надпочечников представляет собой сбой в функции работы надпочечников вследствие хронической перегрузки стрессом, так как вследствие стресса надпочечники перегружаются, потом истощаются, в результате чего слабеют в функциональном отношении. Все это отражается на работе всего организма, в том числе и ЖКТ.

Целью данной работы является изучение симптомов ЖКТ во время функциональных нарушений надпочечников.

Материалы и методы. В данное исследование были включены больные, которые обратились в Медицинский Центр «Астхик» (Армения, г. Ереван) с 2012–2017 гг.. У больных были исследованы уровни Cortisol-а и DHEA-S-а в крови, как гормоны слоев надпочечников, отвечающие на стресс. Из них были выбраны больные, у которых были отклонения в результатах анализов. Повышенные концентрации были расценены как I и II стадии стрессового ответа – стадия тревоги и резистентности, а пониженные, как стадия истощения коры надпочечников. Органические патологии надпочечников были исключены: синдром Кушинга с помощью 1 мг вечерней дексаметазоновой пробы, а функциональная природа гипо- и гиперемии DHEA-S подтвердились в ходе динамического наблюдения, так как в течение динамического наблюдения уровни гормонов нормализовались. Больных было 109 человек. Изучались все симптомы, которые предъявляли больные, акцент был поставлен на желудочно-кишечные симптомы.

Результаты. Все участники исследования (109 человек) были разделены на 5 групп в зависимости от вида гормональных отклонений: 1-я – больные, у которых было обнаружено только повышение уровня Cortisol-а – 73 человека; 2-я – больные, у которых были обнаружены повышения уровней Cortisol-а и DHEA-S – 13 человек; 3-я – больные, у которых были обнаружены повышение уровней Cortisol-а и понижение DHEA-S – 2 человека; 4-я – больные, у которых было обнаружено только повышение уровня DHEA-S – 13 человек; 5-я – больные, у которых было обнаружено только понижение уровня DHEA-S – 8 человек. В 1-й группе показатели кортизола были 537,8–1750 нмоль/л (норма 171–536 нмоль/л). У 19

больных 537–600 нмоль/л, у 27 – 537–600 нмоль/л, у 17 – 700–800 нмоль/л, у 5 – 800–900 нмоль/л, у 4 – 900–1200 нмоль/л, и у 1 – 1750 нмоль/л. Во 2-й группе уровень кортизола был 540–810 нмоль/л, а уровень ДНЕА-S-а у женщин 11,8–21,6 мкмоль/л (норма 1,65–11,0), а у 2 мужчин – 9,33 и 14,6 мкмоль/л (норма 1,0–4,2). В 3-й группе кортизол 552,3 и 865,7 нмоль/л, а уровень ДНЕА-S 1,2 и 0,5 мкмоль/л. В 4-й группе у женщин уровень ДНЕА-S 11,28–15,2 (норма 1,65–11,0 мкмоль/л), а у мужчины 7,85 (норма 1,0–4,2). В 5-й группе уровень ДНЕА-S 0,482–1,55 (норма 1,65–11,0 мкмоль/л). Результаты показали, что во всех группах преобладали такие симптомы, как общая слабость 69,9–100 %, утомляемость 46,2–87,5 %, нервная возбудимость 62,5–100 %, сердцебиение 50,0–84,6 %, головные боли 46,2–75 %, беспричинный упадок настроения 42,5–76,9 %, колебания давления 15,1–50 %, что с большой вероятностью указывает на тесную связь этих симптомов с функциональными расстройствами надпочечников. Но некоторое внимание обращают на себя и гастроинтестинальные явления. Так, в 1-й, самой большой группе, где имела место функциональная гиперкортизолемиа, встречались такие симптомы, как тошнота 29 %, вздутие живота 21 %, запоры 18 %, боли в эпигастриальной области 11 %, учащенный стул 7 %. Хотя остальные группы были маленькими, все вышеуказанные симптомы встречались и в них, только процентное соотношение симптомов к числу пациентов было ниже. Конечно, по результатам данной работы нельзя утверждать, что функциональные расстройства надпочечников обязательно приведут к развитию патологии со стороны ЖКТ, но и нельзя исключить их причинную роль в развитии патологий со стороны этой системы. Каждый раз, когда врач-терапевт или гастроэнтеролог сталкивается с язвами, гастритами, тошнотой, запорами и т. д. вместе с другими причинами, такими как *Helicobacter pylori*, стоит изучать также функциональное состояние надпочечников и лечить, чтобы лечение болезней со стороны ЖКТ было комплексным и более эффективным.

Особенности анемии хронических заболеваний в терапевтическом стационаре

Невская А.В., Акимова А.В., Кондрашова Е.В.

Центральная городская клиническая больница № 6, Екатеринбург

Частота встречаемости анемии при ряде хронических заболеваний достигает 100 %, что обусловило появление термина «анемия хронических заболеваний» (АХЗ), подчеркивающего роль основного заболевания в ее патогенезе.

Цель исследования – оценить значение АХЗ в структуре анемий у пациентов терапевтического стационара. Задачи:

1. Оценить частоту встречаемости АХЗ в терапевтическом отделении стационара, ее отличие от других видов анемий.
2. Выявить патологические состояния, которые наиболее часто сопровождаются АХЗ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты клинико-лабораторного обследования всех пациентов (n = 373) отделения неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга за 3 мес (сентябрь–ноябрь 2016 г.). Группу исследования (n = 69) составили пациенты с анемией. Оценены данные анамнеза, общего (ОАК) и биохимического анализов крови и других исследований, подтверждающих наличие анемии и коморбидных заболеваний внутренних органов, а также необходимость проведения гемотрансфузии. Из числа пациентов группы исследования были выделены 3 основные подгруппы: 1-я – железодефицитная анемия (ЖДА), 2-я – В12-дефицитная анемия (В12-ДА), 3-я – АХЗ. Проведено сравнительное исследование подгрупп по основным показателям

ОАК. Статистическая обработка данных проводилась с применением прикладных программ Statistica for Windows v.6. Различия между парами групп оценивали непараметрическим методом (критерий Манна–Уитни). Различия признаны достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. За 3 мес в отделении неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга было пролечено 373 пациента, из которых анемия выявлена у 69 (18,4 %). Медиана возраста пациентов составила 64,5 (48–76) года. Среди пациентов, страдающих анемией, женщин – 39 (56,5 %), мужчин – 30 (44,4 %). Анемия выступала основным диагнозом при поступлении у 35 (9,3 % от всех пролеченных), сопутствующим – у 34 (9,1 %) пациентов. Всего выявлено: ЖДА – 22 пациента (31,9 %), В12-ДА – 8 (11,6 %), АХЗ – 29 (42 %), сочетанные и другие анемии – 10 (14,5 %). АХЗ была выявлена у 29 человек (42 %). Из них у 15 (51,7 %) – тяжелая степень анемии, средней тяжести – 6 (20,6 %), легкой степени – 8 (27,5 %). По цветовому показателю преимущественно выявлялась нормохромия эритроцитов – у 24 человек (82,8 %), гипохромия – 5 (17,2 %). Медиана возраста пациентов с АХЗ составила 66 (38–73) лет. Значимой разницы по полу не выявлено. АХЗ как основной диагноз при поступлении был у 12 пациентов (41,3 %), у остальных 17 (58,6 %) – как сопутствующее заболевание. Среди пациентов с АХЗ наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы (различные формы ИБС, гипертоническая болезнь, нарушения ритма, чаще по типу постоянной формы ФП), осложненная хронической сердечной недостаточностью (ХСН) – 44,8 % больных. Злокачественные новообразования были причиной АХЗ у 37,9 % больных. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и хронический панкреатит были на 3-м месте среди заболеваний, ассоциированных с АХЗ – 20,6 %. Показатели крови у лиц с АХЗ значительно отличались от ЖДА и В12-ДА. Группы не различались по числу эритроцитов и концентрации гемоглобина. В ОАК при АХЗ отмечалась нормохромия эритроцитов, и по показателю МСН 27,6 (26,8–32,4) группа АХЗ значительно отличалась от пациентов с ЖДА ($p = 0,000$) и В12-ДА ($p = 0,000$). Показатели МСV при АХЗ соответствовали нормальным значениям 85,9 (80,8–91,5) и значительно отличались от таковых при ЖДА ($p = 0,000$) и В12-ДА ($p = 0,000$). Группы АХЗ и В12-ДА статистически значимо отличались меньшими показателями гематокрита от пациентов с ЖДА ($p = 0,02$ и $p = 0,009$). Содержание лимфоцитов и тромбоцитов в крови пациентов с АХЗ было в пределах нормальных значений, чем отличалось от пациентов с ЖДА и В12-дефицитной анемией. Пациенты с АХЗ отличались значимо более высокими цифрами СОЭ – 51,5 (33,5–74,5) мм/ч по сравнению с больными ЖДА ($p = 0,000$). Низкие показатели железа и ферритина специфичны для ЖДА ($p < 0,05$), а при АХЗ они чаще имеют нормальные значения.

Динамика показателя депрессии у больных ревматоидным артритом под воздействием общей магнитотерапии

Ненашева Н.В., Александров А.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского, Волгоград

Цель работы – изучение влияния метода общей магнитотерапии (комплекс «Мультимаг») на психическое благополучие пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 52 больных с достоверным диагнозом РА (49 женщин и 3 мужчины в возрасте от 31 до 67 лет. Больные основной группы (26 больных) получали 10 ежедневных

сеансов общей магнитотерапии на аппарате «Мультимаг» (Касимовский приборный завод, г. Рязань) в условиях климатобальнеологического курорта Геленджик (Россия, Краснодарский край, СКК «Вулан»). Больные группы сравнения (26 больных) получали подобные сеансы общей магнитотерапии в условиях ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского». Для диагностики уровня депрессии использовалась Шкала депрессии Бека. Каждый пункт опросника состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии. В методике выделяются 2 субшкалы: когнитивно-аффективная субшкала и субшкала соматических проявлений депрессии. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием пакета Statistica 6.0 for Windows. В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05.

Результаты. В обеих группах до восстановительной терапии отмечалось превалирование пациентов с депрессией различной степени тяжести (33 человека, или 58,9 %). 11 больных (19,6 %) имели сумму баллов выше 19 баллов, что считается клиническим нарушением, 5 пациентов (8,9 %) нуждались в специфической терапии, показав результат больше 24 баллов. У всех наблюдаемых больных патологические изменения наблюдались преимущественно в показателях субшкалы соматических проявлений депрессии. Соматическое заболевание (в нашем случае РА) со всеми симптоматическими комплексами может само определять развитие депрессии, однако последняя ухудшает течение основной нозологии и вместе с тем, усложняя клиническую картину, ведет к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительному числу объективно необоснованных исследований. Наличие большого количества больных РА с депрессией обусловлено, в том числе, и следующим фактом: практически все больные с этим сложным заболеванием получают терапию в виде нестероидных противовоспалительных средств, а часть – и в виде глюкокортикостероидных препаратов. И те, и другие фармакологические средства являются самостоятельными факторами, влияющими на развитие депрессии. В основной группе под воздействием общей магнитотерапии число пациентов с отсутствием депрессивных симптомов увеличилось на 11,5 % ($p = 0,064$). Кроме того, в этой группе уровень тяжести депрессии снизился ($p = 0,049$), и большая часть больных с патологически сниженным настроением показала значения шкалы, характерные для легкой депрессии или субдепрессии (53,3 %). В то же время у пациентов группы сравнения наблюдалось, напротив, усугубление симптомов депрессии и выражалось в повышении числа больных с умеренной (53,3 %) и выраженной депрессией (20,0 %) ($p = 0,078$). При этом в основной группе нуждающиеся в антидепрессивной терапии после реабилитации отсутствовали ($p = 0,056$), тогда как в группе сравнения незначительное число таковых сохранялось, несмотря на применение методов восстановительной терапии ($p = 0,49$).

Выводы. Метод общей магнитотерапии на этапе реабилитации больных РА позволяет лечить депрессивные проявления соматического заболевания без применения специфической антидепрессивной терапии. Регрессия уровня депрессии и ее излечение у больных РА дает возможность повысить адаптационные возможности и качество жизни индивида, улучшить течение основного заболевания, уменьшить риск осложнений и летальность при данной соматической патологии. Применение методов восстановительной терапии способствует сохранению микросоциального функционирования пациента (в семье, коллективе), социального статуса и рабочего места, снижению риска инвалидизации. Мало того, пациентам, получающим противовоспалительную терапию, важно предоставить методы терапии, позволяющие нивелировать депрессогенный эффект антифлогистического лечения.

Прогностическая значимость некоторых факторов риска в развитии рака легкого в городской популяции

Никитенко Т.М., Щербакова Л.В., Веревкин Е.Г., Денисова Д.В., Рагино Ю.И., Войццкий В.Е., Пятибратова А.В., Малютина С.К., Рымар О.Д.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Цель работы – оценить прогностическую значимость ФР в развитии рака легкого в популяции г. Новосибирска.

Материалы и методы. Исследование выполнено на репрезентативной популяционной выборке жителей двух районов г. Новосибирска, прошедших обследование в рамках международного проекта HAPIEE в период с 2003 по 2005 г. В анализ включено 8380 человек (не имевших новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО) других локализаций или любых ЗНО до включения в обследование); из них у 93 участников (80 мужчин, 13 женщин) за 11-летний период наблюдения (с 2003 по 2015 г.) диагностирован рак легких. Случаи рака легких идентифицированы путем сопоставления регистра онкологических заболеваний и базы данных проекта. Диагноз рака легких (С.34) установлен в соответствии с кодами МКБ-10. Использована статистическая программа SPSS v.13.0. Для оценки связи факторов риска и рака легкого был использован метод Кокс-регрессии.

Результат. Риск развития рака легких у мужчин был выше в сравнении с женщинами (ОР = 3,01; 95 % ДИ 1,45–6,27). В нашем исследовании риск рака легких был положительно ассоциирован с возрастом мужчин (ОР = 1,09; 95 % ДИ 1,06–1,14). У курящих мужчин риск развития рака легких выше практически в 6 раз по сравнению с некурящими, у куривших в прошлом практически в 2,5 раза. Риск рака легких снижен у мужчин, имеющих ИМТ выше 25 кг/м² (ОР = 0,54; 95 % ДИ 0,35–0,84), уровень глюкозы крови выше 6,1 ммоль/л (ОР = 0,27; 95 % ДИ 0,08–0,85), уровень триглицеридов выше 1,7 ммоль/л (ОР = 0,39; 95 % ДИ 0,20–0,75). Наличие среднего или начального образования также ассоциировалось с риском развития рака легких у мужчин (ОР = 1,93; 95 % ДИ 1,01–3,69 и ОР = 2,63; 95 % ДИ 1,29–5,36 соответственно).

Выводы. Риск рака легких положительно ассоциирован с мужским полом. Среди мужчин рак легких положительно ассоциирован с возрастом, курением, наличием среднего и начального образования и отрицательно – с ИМТ, уровнем глюкозы и триглицеридов крови.

Профпригодность работающих во вредных условиях труда при нарушениях ритма сердца

Носов А.Е., Власова Е.М., Байдина А.С., Алексеев В.Б.

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

Нарушения ритма сердца (НРС) и проводимости представляют значимую проблему при экспертизе профпригодности работников во вредных (опасных) условиях труда. Наиболее значимыми факторами, влияющими на экспертные решения, являются потенциальная возможность потери сознания и внезапной сердечной смерти. При принятии экспертных решений необходимо учитывать общие и частные медицинские противопоказания, интерпретация которых может представлять определенные трудности в практической работе. Общие медицинские

противопоказания к работе во вредных и опасных условиях труда определены приложением № 3 к приказу №3 02н, п. 48. В отношении НРС таковыми являются следующие: нарушение проводимости (синаурикулярная блокада III степени, слабость синусового узла); пароксизмальные нарушения ритма с потенциально злокачественными желудочковыми аритмиями и нарушениями гемодинамики; синкопальные синдромы различной этиологии. Абсолютные противопоказания к работе во вредных (опасных) условиях труда при хронических болезнях сердечно-сосудистой системы даже при наличии компенсации устанавливаются при воздействии никеля и его соединений, сероуглерода, алифатических галогенопроизводных углеводородов, цианистых соединений, а также работах, связанных с обслуживанием сосудов, находящихся под давлением для работников службы газнадзора (заболевания, препятствующие работе в противогазе). Заболевания сердечно-сосудистой системы, даже при наличии компенсации (в том числе и при НРС) являются противопоказанием к допуску к работе у работников газоспасательной службы, пожарной охраны, аварийно-спасательных служб по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций, подземных работах, а также работах, выполняемых с применением изолирующих средств индивидуальной защиты и фильтрующих противогазов с полной лицевой частью. Таким образом, НРС представляют собой сложную клиническую проблему, исходы которой носят в большой мере вероятностный характер. При оценке прогноза при НРС, в том числе при экспертизе профпригодности необходимо учитывать множество клинических и инструментальных особенностей заболевания, пользоваться шкалами стратификации риска.

Изучение роли дислипидемии и ассоциированных метаболических нарушений в развитии факторов сердечно-сосудистого риска у лиц опасных профессий

Ойноткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Дедов Е.И., Хромкова М.А., Лобанова Т.Н., Литвиненко А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Москва

Цель работы – оценить распространенность ИБС и ее ФР среди госслужащих и военнослужащих и разработать программу медико-психологического мониторинга. Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое исследование, охватившее 872 госслужащих в возрасте 20–59 лет, среди которых 468 человек были военнослужащими (основная группа, ОГ) и 547 – не госслужащие (контрольная группа, КГ). Проведено психологическое тестирование случайной выборки: 86 лиц опасных профессий – центрального аппарата; 76 лиц гражданских профессий – медицинских работников и обслуживающего персонала. Результаты. Среди госслужащих достаточно часто выявляются низкая физическая активность (89,4 %), профессиональный стресс (78,0 %), избыточная масса тела (56,4 %), АГ (48,9 %), дислипидемия (28,2 %), употребление алкоголя (26,7 %) и курение (29,8 %); сочетание 2 (40,4), 3 (38,0 %) и 4 (19,4 %) ФР развития атеросклероза; а также признаки тревоги и депрессии (78,3 %), формирующие у них риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Эпидемиологические формы ИБС и АГ также достоверно чаще регистрировали у лиц из группы опасных профессий. Заключение. На основе полученных результатов сформирован банк данных

и определены мероприятия по медико-психологическому сопровождению госслужащих опасных и обычных профессий.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №16-06-00605

Оценка функциональных резервов организма у лиц опасных профессий

Ойноткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Дедов Е.И., Бакшеев В.И., Хромкова М.А., Литвиненко А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Москва

Цель работы – изучить функциональные резервы организма и состояние психоэмоциональной сферы у лиц опасных профессий.

Материалы и методы. Обследовано 243 сотрудника опасных профессий в возрасте от 25 до 59 лет. Проводилось анкетирование, изучались показатели метаболического, нейрогуморального и вегето-сосудистого статуса. Оценку психоэмоционального состояния проводили, используя тест Люшера. Содержательная валидность опросника была установлена экспертным методом с использованием коэффициента конкордации Кендала (W), который составил 0,924 ($p < 0,001$), что свидетельствовало о высокой степени согласованности мнений экспертов. Полученные с помощью опросника данные позволили провести субъективную оценку уровня резервных возможностей организма человека по следующим итоговым оценочным блокам: физический компонент.

Результаты. В результате проведенного обследования из числа лиц опасных профессий, прошедших диспансеризацию, 1-ю группу здоровья имели 34,2 %, а 2-ю – 53,6 %. При этом охват диспансеризацией в данной группе лиц достаточно высокий и составил 92–94 %. Решение многих служебных задач лицами опасных профессий осуществляется в экстремальных условиях, характеризующихся мощным воздействием психогенных факторов. В связи с этим данная категория лиц может быть отнесена к группе высокого кардиоваскулярного риска и риска развития психической дезадаптации, дезадаптационных расстройств или пограничных состояний организма, что в ряде случаев приводит к возникновению нервно-психической патологии и психосоматических заболеваний, вегето-сосудистой дистонии, раннему развитию АГ и ИБС. Особенности условий выполнения служебных обязанностей у лиц опасных профессий часто сопряжены с тем, что деятельность их организма протекает на пределе физических и психических возможностей, практически при полной мобилизации функциональных резервов организма (биохимических, физиологических и психических), которые выступают в качестве регуляторных адаптивных возможностей организма. Сложность и ответственность задач, выполняемых лицами опасных профессий в современных условиях, предъявляют все более высокие требования к психофизиологическому состоянию. В этой связи необходима разработка медицинских технологий преморбидной и ранней диагностики стрессогенных расстройств, коррекции факторов кардиоваскулярного риска и создание на их основе эффективных персонализированных программ сохранения и повышения функционального резерва организма и оздоровления лиц групп риска.

Заключение. При проведении профилактических мероприятий и оценке состояния здоровья данного контингента должны учитываться специфические ФР, связанные с особенностями служебной деятельности, которые можно конкретизировать, с использованием медико-социологических исследований по самооценке здоровья. Это позволит

более активно вести профилактическую работу, дифференцированно проводить программы диспансеризации лиц опасных профессий. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 16-06-00605.

Влияние метаболических нарушений на клинические проявления остеоартроза и способ прогнозирования его течения

Олейник М.А., Журавлева Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель исследования – оценить влияние метаболических нарушений на клинические проявления остеоартроза (ОА) и разработать способ прогнозирования выраженности ОА в зависимости от показателей метаболического синдрома. Материалы и методы. В исследование, проводившееся на базе КУОЗ «Областная клиническая больница – центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова, было включено 84 пациента (20 мужчин и 64 женщины) с ОА. Средний возраст пациентов составил $57,03 \pm 0,69$ года. План обследования включал: антропометрические показатели (ИМТ, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ)); объективную оценку боли в покое и при движениях по ВАШ, индекс WOMAC, показатели углеводного обмена (инсулин (ИРИ), глюкоза (ГКН), HbA1c, индекс HOMA-IR), липидного обмена (уровни общего холестерина (ОХС), холестерина ЛПНП, очень низкой плотности (ЛПОНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ)). Уровень HbA1c был $<7,5$ % у всех пациентов. Всем пациентам было проведено рентгенологическое исследование коленных суставов. Модель прогнозирования суммарного балла по шкале WOMAC была построена с использованием характеристик метаболического синдрома. Наилучшая (наиболее точная) модель была получена с использованием метода построения дерева регрессии с использованием метода CART (Classification And Regression Trees) с выбором правила для остановки методом FACT с процентом неклассифицированных наблюдений менее 1 %.

Результаты. При оценке антропометрических данных пациентов с ОА мы отметили, что значение ИМТ у пациентов с ОА составляло в среднем $30,07 \pm 0,76$ кг/м². Абдоминальное ожирение было обнаружено у 65,5 % пациентов (65 % мужчин и 64 % женщин). Анализ показателей углеводного обмена выявил наличие сахарного диабета 2-го типа у 75 % пациентов. Мы определили выраженную взаимосвязь между уровнем ГКН и ИМТ ($r = 0,77$; $p < 0,05$), ОТ ($r = 0,64$; $p < 0,05$), ОТ/ОБ ($r = 0,60$; $p < 0,05$), систолическим АД (САД) ($r = 0,57$; $p < 0,05$), диастолическим АД (ДАД) ($r = 0,53$; $p < 0,05$). Уровень HbA1c коррелировал с ИМТ ($r = 0,72$; $p < 0,05$), ОТ ($r = 0,63$; $p < 0,05$), ОТ/ОБ ($r = 0,64$; $p < 0,05$). При анализе показателей липидного профиля было отмечено, что дислипидемия встречается у 85 % пациентов. Статистически значимые взаимоотношения определялись между уровнем ОХС и ОТ/ОБ ($r = 0,52$; $p < 0,05$), САД ($r = 0,73$; $p < 0,05$), ДАД ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Была определена взаимосвязь ИМТ с показателями липидного обмена, а именно: с ОХС ($r = 0,66$; $p < 0,05$), ТГ ($r = 0,50$; $p < 0,05$), ЛПНП ($r = 0,49$; $p < 0,05$). Прямая корреляция наблюдалась между ОТ и увеличением уровня ОХС ($r = 0,56$; $p < 0,05$), ЛПНП ($r = 0,37$; $p < 0,05$) и ТГ ($r = 0,58$; $p < 0,05$). Наблюдалась наличие взаимосвязи между показателями липидного и углеводного обмена, а именно между ОХС и ГКН ($r = 0,52$; $p < 0,05$), HbA1c ($r = 0,42$; $p < 0,05$), ИРИ ($r = 0,45$; $p < 0,05$), HOMA-IR ($r = 0,52$; $p < 0,05$). При анализе влияния показателей метаболического синдрома на индекс WOMAC наиболее значимые взаимосвязи были определены между индексом WOMAC и ОТ ($r = 0,48$; $p < 0,05$), САД ($r = 0,56$; $p < 0,05$), ЛПНП ($r = 0,35$; $p < 0,05$), ТГ ($r = 0,24$; $p < 0,05$), HbA1c ($r =$

$0,54$; $p < 0,05$), продолжительностью ОА ($r = 0,24$; $p < 0,05$). Модель дерева регрессии для прогнозирования суммарного балла по шкале WOMAC была построена на основе характеристик метаболического синдрома: ОТ, HbA1c, ЛПНП, ТГ и значений САД. Возраст пациентов и продолжительность ОА использовались в качестве дополнительных предикторов тяжести ОА. Этот метод позволяет прогнозировать выраженность боли и нарушение функции сустава с вероятностью 86,1 %, т. е. определить количество баллов, которые пациент получит по шкале WOMAC без проведения опроса, а только используя результаты дополнительных методов исследования. Вывод. Наличие значительной взаимосвязи между индексом WOMAC и ОТ, САД, ЛПНП, ТГ, HbA1c показало, что метаболические изменения могут играть значительную роль в прогрессировании и степени выраженности клинических проявлений ОА.

Вклад симптомов депрессии в динамику показателей качества жизни после стационарного лечения стабильной ишемической болезни сердца

Орехова Ю.Н., Тер-Акопян А.О., Иванченко Д.Н., Ахвердиева М.К., Дорофеева Н.П.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростовская клиническая больница; Южный окружной медицинский центр, Ростов-на-Дону

ИБС играет большое социальное значение, поскольку приводит к сокращению продолжительности жизни, снижению трудоспособности, а также ухудшению качества жизни (КЖ). Инвазивные процедуры улучшают состояние здоровья и КЖ пациентов с ИБС. В то же время ряд исследований обнаружили лишь ограниченную связь между функцией сердца и самочувствием больного. Это дает основание предположить значимость других факторов, в первую очередь психосоциальных. В последние десятилетия расстройства депрессивного спектра рассматриваются как важный фактор, негативно влияющий как на кардиальный прогноз, так и на КЖ.

Цель работы – изучить показатели КЖ у пациентов с ИБС, госпитализированных для консервативного и хирургического лечения. Сравнить показатели КЖ при госпитализации, а также через 3 мес после проведенного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием и консервативной терапии. Оценить влияние симптомов депрессии на показатели КЖ.

Материалы и методы. В исследование были включены 76 пациентов мужского пола (средний возраст $59,9 \pm 8,36$ года) со стабильной ИБС, стенокардией напряжения, ФК II–III, госпитализированных для плановой консервативной терапии (37 пациентов в возрасте $60,2 \pm 8$ лет) либо проведения ЧКВ со стентированием (39 пациентов в возрасте $59,8 \pm 8,24$ года). Группы были сопоставимы по сопутствующей патологии, назначенной консервативной терапии. При поступлении, а также через 3 мес от момента госпитализации проводилась оценка показателей КЖ с использованием Сиэтлского опросника (Seattle Angina Questionnaire – SAQ). Для выявления симптомов депрессии (Д) использовался опросник CES-D. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS. Для проверки гипотезы о равенстве средних применялся критерий Манна–Уитни, статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Симптомы Д различной степени тяжести были обнаружены у 14 пациентов (18,4 %): у 14,2 % выявлены симптомы легкого депрессивного расстройства и у 4,2 % – тяжелого. Исходные показатели КЖ в обеих группах (имеющих и не имеющих симптомы Д) оказались сопоставимыми по

всем шкалам Сизтлского опросника. В группе пациентов без симптомов Д, перенесших ЧКВ со стентированием, при поступлении и через 3 мес после лечения показатели отмечались статистически значимое улучшение следующих показателей КЖ: частоты приступов АФ $66,09 \pm 25,355$ и $81,4 \pm 21,381$ ($p = 0,037$), отношения к болезни ДР $48,56 \pm 21,271$ и $66,07 \pm 20,234$ ($p = 0,005$). У пациентов из группы ЧКВ со стентированием и симптомами депрессии исходно и через 3 мес показатели КЖ оказались сопоставимыми. В группе больных, госпитализированных для проведения консервативной терапии ИБС, как с сопутствующими симптомами Д, так и без таковых, динамики по всем показателям КЖ получено не было, что, возможно, связано с ограничением исследования, а именно малым объемом выборки пациентов с симптомами депрессии.

Выводы. 1. После ЧКВ со стентированием у пациентов, не имеющих симптомов Д, наблюдается статистически значимое улучшение показателей КЖ АФ, характеризующего частоту приступов стенокардии и ДР, отражающего восприятие болезни и ее влияние на КЖ. 2. У пациентов с наличием симптомов депрессии после ЧКВ со стентированием не происходит статистически значимого улучшения показателей КЖ. 3. Проведение консервативного лечения ИБС не приводит к изменению показателей КЖ спустя 3 мес по сравнению с исходными значениями.

Влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на состояние терминального кровотока в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишке у больных нестабильной стенокардией с гастродуоденальными эрозиями и язвами

Осадчий В.А., Буканова Т.Ю., Быкова Н.И.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Цель работы – оценить влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) на состояние микроциркуляции в слизистой оболочке (СО) гастродуоденальной зоны у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) при нестабильной стенокардии.

Материалы и методы. Обследовано 109 больных нестабильной стенокардией с гастродуоденальными эрозиями и язвами, которые в зависимости от особенностей противоязвенной терапии были разделены на 2 группы. Первую составили 40 пациентов, получавших стандартное лечение, вторую – 69 больных, которым назначалась комплексная терапия с включением ИАПФ лизиноприла в дозе 2,5–10 мг/сут. Состояние микроциркуляции в СО гастродуоденальной зоны оценивалось по результатам микроскопии гистологических препаратов ее биоптатов, полученных в ходе эндоскопического исследования, проводившегося по стабилизации состояния пациентов на 10–12-е сутки лечения. Тяжесть расстройств терминального кровотока определялась путем расчета парциальных и общего микроциркуляторных индексов по методике В.А. Ткачева и соавт. (1998).

Результаты. Установлено, что у больных первой группы определялись нарушения конечного кровотока в СО гастродуоденальной зоны по тромбгеморрагическому типу. Они характеризовались чаще умеренным расширением и единичными микроаневризмами капилляров и венул, некоторым утолщением их стенок за счет фибриноидного и мукоидного набухания. Одновременно наблюдались полнокровие этих микрососудов с явлениями мелкозернистой агрегации эритроцитов и пристеночным микротромбозом. В периваскулярных тканях отмечался, как правило, умеренный отек, отдельные или множественные геморрагии чаще по типу

обширных областей эритроцитарной диссеминации, располагавшихся на уровне дна желез и в толще СО. Эти изменения отражались существенным, по сравнению со здоровыми, повышением периваскулярного, сосудистого, внутрисосудистого и общего микроциркуляторного индекса. У больных второй группы микроциркуляторные расстройства в СО желудка и ДПК также имели тромбгеморрагический характер, но были менее выраженными, чем у лиц, лечение которым назначалось в соответствии со стандартом. Они проявлялись в основном небольшим расширением капилляров и венул с формированием единичных микроаневризм и некоторым утолщением их стенок. В этих микрососудах определялись отдельные эритроцитарные агрегаты и пристеночные микротромбы с признаками организации и реканализации. По их периферии отмечался чаще слабый периваскулярный отек и немногочисленные кровоизлияния по типу небольших зон эритроцитарной диссеминации, располагавшихся на уровне дна желез или в толще СО. Величина парциальных и общего микроциркуляторных индексов у таких пациентов была существенно меньшей, чем в группе больных, лечившихся по стандарту. Тем не менее, их значения оставались заметно больше нормативных показателей.

Выводы. Включение ИАПФ лизиноприла в комплекс лечебных мероприятий у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и ДПК в сочетании с нестабильной стенокардией способствует ликвидации нарушений терминального кровотока в СО гастродуоденальной зоны.

Терапия билиарного сладжа у больных с метаболическим синдромом

Осадчук М.А., Киреева Н.В., Шорина Д.А., Лазарева А.Е.

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

Цель работы – оценка клинической эффективности препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и статинов в составе комплексной терапии у больных с билиарным сладж-синдромом, сочетающимся с ожирением, АГ, нарушением толерантности к углеводам или с компенсированным сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 человек (мужчин – 2, женщин – 16,) в возрасте от 45 до 72 лет со сладж-синдромом. В первую группу вошли 10 человек, получающие УДХК 500 мг в капсуле из расчета 15 мг на 1 кг массы тела пациента. Во второй группе 8 больным дополнительно к препарату УДХК по 500 мг в 1 капсуле, назначался розувастатин в суточной дозе 20 мг. Продолжительность терапии составила 12 нед. Все больные, включенные в исследование, продолжали ранее рекомендованную терапию в прежнем объеме: β -блокаторы или ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бигуаниды. На весь период наблюдения пациентам рекомендовалось придерживаться диеты № 5.

Результаты. У 6 из 10 больных 1-й группы на фоне проводимой терапии отчетливо наблюдалось исчезновение сладж-синдрома через 12 нед (60 %). У пациентов 2-й группы нивелирование сладж-синдрома отмечалось у 7 из 8 (87 %) человек. Содержание холестерина к концу периода наблюдения в 1-й группе пациентов уменьшилось на 4,44 % ($p > 0,05$) и во 2-й группе – на 31,1 % ($p < 0,05$). Концентрация ЛПНП в 1-й группе пациентов снизилась на 1,91 %, а во 2-й – на 40,29 % ($p < 0,05$). Нивелирование проявлений жировой инфильтрации печени по данным УЗИ органов брюшной полости верифицировалось к концу периода наблюдения у 4 из 7 пациентов 1-й группы (57 %) и у 4 больных из 6 во 2-й группе (66 %). Нормализация стула без использования слабительных средств отмечалась у 3 из 8 пациентов 1-й группы (37 %) и у 3 из 6 пациентов (50 %) 2-й

группы. Окружность талии на протяжении всего периода наблюдения не имела достоверных различий. Это подчеркивает особую сложность немедикаментозного лечения избыточной массы тела и ожирения у данного контингента больных.

Вывод. Результаты проведенного исследования дают основание высказать мнение об экономической целесообразности приема комбинации УДХК и розувастатина в терапии билиарного сладжа.

Скорость клубочковой фильтрации у пациентов с ревматоидным артритом и факторы, влияющие на нее

Отарова Ж.З., Елисеева Л.Н., Проселков Ю.Е.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель работы – изучить фильтрационную способность почек у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и ее взаимосвязь с клиническими и лабораторными проявлениями заболевания. Задача: выявить взаимосвязь скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных РА с клиническими и лабораторными проявлениями заболевания.

Материалы и методы. Нами обследовано 79 пациентов с достоверным РА по критериям ACR/EULAR 2010 (средний возраст $54,7 \pm 10,7$ года, длительность заболевания $7,7 \pm 6,5$ года). Среди них было 66 женщин и 13 мужчин. Преобладали пациенты с высокой активностью заболевания (73 %). Среднее значение индекса DAS равнялось $5,9 \pm 1,1$. Большинство были серопозитивны по ревматоидному фактору (86 %). Всем больным проведено клиническое, лабораторное и инструментальное обследования. СКФ рассчитывалась по формуле СКД-EPI. Состояние функции почек оценивалось соответственно классификации хронической болезни почек (ХБП) (K/DOQI, 2010). В исследование не включались пациенты, имеющие первичную почечную патологию. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы Microsoft Excel. Результаты представлены в виде средних величин и стандартного отклонения. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В среднем СКФ составила $74,6 \pm 16$ мл/мин/1,73 м². Только у 13 (17 %) пациентов СКФ была выше 90 мл/мин/1,73 м² и равнялась $104,7 \pm 11,5$ мл/мин/1,73 м². У 54 (68 %) СКФ соответствовала II стадии ХБП ($73,9 \pm 7,6$ мл/мин/1,73 м²). Еще более значимое снижение этого показателя до III стадии ХБП выявлено у 15 % ($52,8 \pm 4,6$ мл/мин/1,73 м²). Нужно отметить, что ни у одного из пациентов признаков хронической почечной недостаточности не отмечалось. Средний возраст группы пациентов с СКФ выше 90 мл/мин/1,73 м² составил $43,7 \pm 17,3$ года и статистически значимо отличался от групп со II и III стадией ХБП ($56,4 \pm 8,8$ и $55,7 \pm 7,1$ соответственно, $p < 0,05$). Однако возрастных различий между пациентами со II и III стадией ХБП найдено не было. Чтобы оценить влияние длительности заболевания на фильтрационную способность почек, пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили больные с длительностью РА до 5 лет; 2-ю – 5–10 лет; 3-ю – более 10 лет, средние значения СКФ $78,1 \pm 15,5$, $77,5 \pm 17,3$, $69,6 \pm 13,8$ мл/мин/1,73 м² соответственно. Выявлены статистически значимые различия СКФ между 1-й и 3-й группами ($p < 0,05$). Таким образом, СКФ у исследуемых снижалась с возрастом и по мере увеличения длительности болезни, хотя и не достигала степени достоверности между 1-й и 2-й группами. Также оценивалась связь показателей СКФ с основными лабораторными показателями. Уровень СКФ обратно коррелировал с концентрацией общего холестерина сыворотки и ревматоидным фактором ($r = 0,34$ и $r = 0,12$ соответственно). Самой частой сопутствующей патологией являлась АГ, в связи с чем мы также оценили ее вклад в снижение

СКФ. Частота АГ среди исследуемых составила 55 %. Больные с АГ были достоверно старше пациентов без АГ ($57,8 \pm 8$ и $50,7 \pm 12,4$ года соответственно, $p < 0,05$). При сравнении больных РА с наличием ($n = 44$) и отсутствием ($n = 35$) АГ было выявлено, что СКФ у них отличается, достигая статистической значимости, и составляет $68,7 \pm 11,5$ мл/мин/1,73 м² против $81,6 \pm 17,8$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,001$). Зависимости между СКФ и активностью заболевания, оцененной индексом DAS-28, нами не отмечено. Примечательно, что при сравнении пациентов с СКФ выше 90 мл/мин/1,73 м² и больных с III стадией ХБП выявилось статистически значимое отличие в индексе HAQ ($1,6 \pm 0,5$ и $2,18 \pm 0,4$ соответственно, $p < 0,05$), что говорит о снижении оценки состояния здоровья у пациентов с более выраженным нарушением фильтрационной способности почек.

Выводы. В нашей работе выявлена обратная взаимосвязь СКФ с возрастом больных. У пациентов молодого возраста СКФ была достоверно выше по сравнению с пожилыми, что отчасти можно связать и с естественным влиянием старения на фильтрационную способность почек. Мы также получили данные, указывающие на статистически значимое снижение СКФ при увеличении длительности РА. Среди лабораторных показателей СКФ обратно коррелировала с уровнем общего холестерина сыворотки и ревматоидным фактором. Коморбидность с АГ достоверно вызывала снижение СКФ у больных РА.

Приверженность лечению у пациентов с коморбидной хронической обструктивной болезнью легких и ишемической болезнью сердца

Павленко В.И., Нарышкина С.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

В настоящее время медицинской наукой и практическим здравоохранением признана необходимость оценки приверженности пациентов к назначенному лечению. как обязательному условию успешной терапии любого хронического заболевания.

Цель исследования – изучение уровня комплаенса среди больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с ИБС, в зависимости от различных факторов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 37 пациентов (8 женщин и 29 мужчин) пульмонологического отделения ГАУЗ АО БГКБ и НДЦ ФПД с обострением ХОБЛ среднетяжелого течения, сочетанной со стабильной стенокардией II ФК, в возрасте от 39 до 74 лет. Продолжительность ХОБЛ составила $12,15 \pm 2,08$ года, ИБС – $6,2 \pm 4,4$ года. Активными курильщиками были 81,1 % больных, преимущественно мужчины (96,7 %). На каждого пациента заполнялась индивидуальная карта с указанием демографических данных, осведомленности о заболевании, пользе и необходимости регулярного лечения, анамнеза заболевания, наличия сердечно-сосудистых осложнений, назначавшихся препаратов с указанием режима их применения и длительности лечения до госпитализации. Уровень комплаентности пациентов определялся с помощью шкалы Мориски–Грин (Morisky D.E., 1985). Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 6.1 (Statsoft). Критический уровень значимости принимали равным 0,05.

Результаты. Установлено, что комплаентных (приверженных) к лечению было 17 (45,9 %) пациентов (преимущественно лица, регулярно посещающие «ХОБЛ-школу»), недостаточно приверженных и находящихся

в группе риска по развитию неприверженности – 13 (35,2 %) больных, неприверженных – 7 (18,9 %) пациентов. Выявлены различия в приверженности к лечению в зависимости от возраста и пола. У женщин уровень комплаентности существенно выше, чем у мужчин (соответственно $3,10 \pm 0,14$ и $3,75 \pm 0,16$ балла; $p = 0,042$). Пациенты в возрасте старше 60 лет, в отличие от больных зрелого возраста, демонстрируют более высокий балл приверженности лечению (соответственно $3,45 \pm 0,14$ и $2,84 \pm 0,19$ балла; $p = 0,034$). Приверженность к лечению среди курящих мужчин была в 1,6 раза ниже, чем в группе некурящих ($p = 0,029$). Не было выявлено достоверных различий в приверженности лечению в зависимости от длительности ХОБЛ и ИБС. Большинство пациентов (83,7 %) были осведомлены о том, что заболевание имеет хронический характер и требует постоянного контроля. При этом в качестве основного способа лечения указывается фармакотерапия (в 91,8 % случаев), а такие значимые меры, как изменение образа жизни и регулярное наблюдение у врача рассматриваются меньшим числом пациентов (43,2 и 48,6 % соответственно). В качестве причин нерегулярности лечения недостаточно приверженные и неприверженные пациенты указывали: боязнь побочных эффектов (30 %), опасность привыкания к лекарствам (25 %), финансовые затруднения (40 %), недоступность рекомендованных средств (20 %), нечеткие инструкции по применению препаратов (20 %), забывчивость (15 %). Не считали необходимым принимать все назначенные препараты 5 (25 %) пациентов.

Заключение. У пациентов с ХОБЛ, сочетанной с ИБС, уровень приверженности к лечению более низкий у мужчин, активных курильщиков и лиц моложе 60 лет, что необходимо учитывать при составлении индивидуальных реабилитационных программ. Регулярные занятия в «ХОБЛ-школе» повышают комплаентность больных. Следовательно, индивидуальные программы ведения данной категории больных должны обязательно включать мероприятия по модификации медицинского поведения пациента.

Сочетание некомпактного миокарда левого желудочка и миокардита: клинико-морфологическая диагностика и влияние на прогноз

Павленко Е.В., Благова О.В., Недоступ А.В., Седов В.П., Коган Е.А.

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

Цель работы – изучить частоту и варианты миокардита у больных с некомпактным миокардом левого желудочка (НМЛЖ), его влияние на течение болезни и прогноз.

Материалы и методы. В исследование включено 103 человека с НМЛЖ (61 мужчина, средний возраст $45,6 \pm 15,0$ года, от 18 до 78 лет). Средний КДР левого желудочка – $6,0 \pm 0,8$ см, фракция выброса (ФВ) – $38,7 \pm 14,5$ %, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) – $35,6 \pm 15,5$ мм рт.ст. Выполнялись ЭхоКГ, МСКТ сердца ($n = 81$), МРТ ($n = 38$). Диагноз НМЛЖ подтвержден с помощью 2 методик у 74 больных, 3 – у 23. Патогенные мутации в генах MYH7, MYBPC3, LAMP2, DES, DSP выявлены у 9 % больных. Проводились определение уровня антикардиальных антител, ДНК кардиотропных вирусов в крови и миокарде (ПЦР), скинтиграфия ($n = 26$), коронарография ($n = 26$), морфологическое исследование миокарда у 19 больных (эндомиокардиальная биопсия – 14, интраоперационная – 1, эксплантированное сердце – 1, аутопсия – 5).

Результаты. Миокардит диагностирован у 55 (53,4 %) больных с НМЛЖ: у 18 пациентов с помощью морфологического исследования

миокарда, у остальных – на основании комплексного клинико-инструментального обследования (связь острой декомпенсации с перенесенной респираторной инфекцией, 3–4-кратное повышение уровня антикардиальных антител, наличие вирусного генома в крови, выпота в полости перикарда, субэпикардальное отсроченное накопление контрастного препарата в миокарде при МРТ/МСКТ). Вирусный миокардит диагностирован у 17 больных (36,1 % больных с миокардитом): в миокарде вирусы выявлены у 8 пациентов (42,1 %, парвовирус В19, вирусы герпеса 6-го типа, простого герпеса 1-го типа, Эбштейна–Барр, цитомегаловирус), в крови – у 14 (25,5 % пациентов с миокардитом, герпетические вирусы и вирус гепатита С). Миокардит сопровождался более тяжелой сердечной недостаточностью (ФК 2 (1;3) и 1,75 (0;2), $p < 0,01$), более низкой ФВ ($33,8 \pm 13,5$ и $44,7 \pm 13,6$ %, $p < 0,001$), более высокой частотой неустойчивой желудочковой тахикардии (67,3 % и 29,3 %, $p < 0,01$), оправданных шоков дефибрилляторов (0 и 38,9 %, $p < 0,05$), СДЛА ($38,35 \pm 16,3$ и $30,5 \pm 12,9$ мм рт.ст., $p < 0,01$) и летальностью (16,4 и 4,2 %, ОР 5,75, 95 % ДИ 1,21–27,43, АУС 0,712, $p < 0,05$). Не выявлено достоверных различий по частоте тромбозов. Противовирусная терапия проведена 13 больным, иммуносупрессивная – 34. Трансплантация сердца выполнена 4 больным с миокардитом и пациентке с сочетанием НМЛЖ и ГКМП без миокардита (7,3 % против 2,1 %, $p > 0,05$).

Заключение. Присоединение миокардита является одной из ведущих причин нарастания сердечной недостаточности и желудочковых аритмий, приводит к достоверному ухудшению течения НМЛЖ, возрастанию частоты срабатывания дефибрилляторов и летальности.

Эффективность лечения железодефицитной анемии: известная проблема и нерешенные вопросы

Павлова В.Ю., Анешина И.И., Бойко Е.А., Затеева Т.Н.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово

Железодефицитная анемия (ЖДА) занимает лидирующие позиции среди всех патогенетических вариантов анемии. В терапии любого заболевания, в том числе и ЖДА, ведущее значение занимает правильность выполнения пациентом назначений врача. Эффективность терапии ЖДА зависит от 2 условий: адекватная длительность терапии (в среднем 3–6 мес) при условии, что найдена и устранена причина этого состояния; второе условие – правильный выбор препарата железа (форма, дозировка).

Цель работы – провести оценку адекватности терапии ЖДА среди населения г. Кемерово и Кемеровской области путем проведения анкетирования пациентов с установленным диагнозом ЖДА, обратившихся на прием к гематологу.

Материалы и методы. В исследование включены результаты анкетирования 251 человека, методом сплошной выборки, обратившихся за медицинской помощью к гематологу, в связи с выявленной ЖДА, в период с февраля 2016 по апрель 2017 г. Из числа обследованных 232 (92,4 %) составили пациенты женского пола и 19 (7,6 %) мужского пола. В данную группу вошли пациенты, у которых была исключена перераспределительная анемия (анемия хронического заболевания), так как для коррекции данного варианта анемии показаны парентеральные формы препаратов железа. Все пациенты получали ранее или на момент обращения принимали препараты железа. У всех пациентов был подтвержден диагноз ЖДА, путем наличия характерной клинической картины, проведения общего анализа крови (ОАК), исследования показателей железистого комплекса (уровень сывороточного железа, общей железосвязывающей способности (ОЖСС),

насыщения трансферрина железом, уровень ферритина). Все пациенты самостоятельно заполняли анкету, включавшую только один вопрос: «В течение какого времени Вы принимали (принимаете) препараты железа?». Были предложены варианты ответов: а) один стандарт лекарственного препарата; б) в течение 1 мес; в) в течение нескольких дней; г) в течение 2–3 мес; д) в течение 4–5 мес; е) до нормализации уровня гемоглобина. По результатам анкетирования 65 (25,9 %) принимали препараты железа в объеме одного стандарта лекарственного препарата. Исходя из форм выпуска большинства лекарственных препаратов, чаще это флаконы, содержащие 30 таблеток, т. е. прием препарата длился около 15 дней. Достаточно большая часть (49 (19,5 %)) пациентов принимали препараты железа в течение 1 мес. Часть пациентов (38 (15,1 %)) принимали препараты железа до нормализации уровня гемоглобина. Аналогичное количество (38 (15,1 %)) пациентов принимали препараты железа не регулярно, в связи с чем невозможно было их отнести ни в одну из групп. Была выявлена достаточно большая группа 35 (13,9 %), которая не принимала рекомендованные препараты железа. Из всех опрошенных пациентов только 15 (6,0 %) принимали препараты в течение 2 мес и 11 (4,4 %) в течение 4–5 мес. Отдельно был проведен анализ группы пациентов, не принимавших рекомендованную терапию препаратами железа, на предмет распределения данной группы в зависимости от степени тяжести анемии. Большую часть данной группы составили пациенты с анемией легкой степени тяжести – 21 (55,2 %). В меньшей степени пациенты с анемией средней степени тяжести – 15 (39,5 %) и 2 (5,3 %) с тяжелой степенью анемии.

Результаты. По данным проведенного исследования, большая часть пациентов не соблюдает необходимую продолжительность приема пероральных форм препаратов железа. Около 40 % пациентов не принимали рекомендуемую терапию по поводу ЖДА. Большая часть пациентов в данной группе имели анемию легкой степени тяжести, чем можно объяснить такой подход к лечению, так как у данной категории пациентов не было жалоб. По результатам данной выборки невозможно переносить полученные цифры на все население Кемеровской области, но проведенное исследование подтвердило низкую приверженность пациентов к назначенной терапии. Анемический синдром имеет большое прогностическое значение среди разных групп населения, в том числе выраженное отрицательное влияние на течение исход многих состояний и заболеваний, что требует адекватной терапии данного состояния с момента верификации диагноза.

Современные возможности диагностики интерстициального воспаления

Павлова В.Ю., Анешина И.И., Затева Т.Н.

*Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово*

Воспалительные заболевания кишечника по уровню распространенности и заболеваемости значительно уступают другим заболеваниям внутренних органов. Однако по тяжести течения, частоте осложнений, инвалидизации и летальности они занимают одно из ведущих мест во всем мире в структуре заболеваний органов пищеварения. Неспецифичность клинических проявлений заболеваний кишечника делает крайне сложной своевременную постановку диагноза на нозологическом уровне. В последние годы для дифференциальной диагностики органических заболеваний кишечника, протекающих с воспалительной инфильтрацией, от функциональных заболеваний, стали использовать ряд высокочувствительных лабораторных тестов – определение специфических

белков нейтрофилов в кале (лактоферрин, эластазаполиморфонуклеарных лейкоцитов, кальпротектин). Кальпротектин является продуктом нейтрофильных гранулоцитов, обнаружение которых в кале, указывает на воспаление в стенке кишки. Синтез кальпротектина в кале отражает приток нейтрофилов в просвет кишки, что позволяет использовать его как маркер нейтрофильного воспаления при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и показателей интенсивности воспалительного процесса в кишечнике. Уровень кальпротектина коррелирует с клинической активностью воспалительных заболеваний и тесно связан с объемом поражения толстой кишки. Выявление фекального кальпротектина позволяет дифференцировать больных с синдромом раздраженной толстой кишки от органических причин поражения ЖКТ. В норме концентрация фекального кальпротектина должна составлять менее 50 мкг/г кала, такие значения, как правило, свидетельствуют об отсутствии патологии кишечника. Умеренно повышенные значения отмечаются при поражении слизистой оболочки (целиакии, лактозной недостаточности, аутоиммунного гастрита), значительно повышенные концентрации отмечаются при воспалительных заболеваниях кишечника, бактериальных инфекциях ЖКТ, дивертикулах и онкологических заболеваниях, постоянном приеме нестероидных противовоспалительных средств. Преимуществом исследования фекального кальпротектина при болезни Крона, является то, что повышенные концентрации могут отражать сегментарные поражения тонкой кишки, которые недоступны для эндоскопического и гистологического исследования. Сохраняющиеся повышенные уровни кальпротектина могут указывать на неэффективность терапии, а также свидетельствуют о приближающемся обострении заболевания.

Цель работы – оценка достоверности и эффективности количественного метода определения кальпротектина в дифференциальной диагностике заболеваний ЖКТ.

Материалы и методы. В исследование включены результаты 90 исследований образцов кала пациентов гастроэнтерологического отделения, за период январь–май 2017 г., путем сплошной выборки, методом латеральной иммунохроматографии с использованием экспресс-анализатора BUNLMANN Quantum Blue производства Швейцарии.

Результаты. По данным проведенного исследования, у 11 (12,2 %) пациентов получен нормальный уровень кальпротектина (менее 50 мкг/г) кала. Данную группу составили пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника вне обострения, при этом у них имело место клинические симптомы со стороны ЖКТ. Умеренно повышенные значения (50–120 мкг/г) кальпротектина выявлено у 16 (17,8 %) пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника в стадии умеренного обострения. Большую часть 63 (70 %) составили пациенты со значительным повышением уровня фекального кальпротектина (концентрация более 120 мкг/г). В дальнейшем был проведен анализ данной группы по нозологическим формам поражения кишечника. Большую часть 30 (47,6 %) составили пациенты с обострением хронического колита. У 18 (28,6 %) пациентов впервые был верифицирован диагноз язвенного колита и у 15 (23,8 %) пациентов имел место установленный диагноз болезни Крона в период обострения. Во всех случаях повышенный уровень кальпротектина соответствовал гистологической и эндоскопической картине заболевания. На фоне проводимой терапии отмечалось закономерное снижение кальпротектина. Результаты данного исследования продемонстрировали высокую диагностическую значимость определение концентрации кальпротектина как для диагностики воспалительных заболеваний кишечника, так и для определения интенсивности воспалительного процесса, эффективности проводимой терапии и достижения ремиссии, возможности прогнозирования приближающегося клинического обострения.

Распространенность анемического синдрома среди населения города Кемерово

Павлова В.Ю., Фомина Н.В.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

В течение многих десятилетий анемическому синдрому посвящены многие исследовательские работы. Данная патология хорошо известна и населению, но в связи с минимальными клиническими проявлениями при хроническом развитии данного состояния значительная часть пациентов выявляется при случайном исследовании показателей общего анализа крови (ОАК), в результате проведения различных диагностических исследований или профилактических осмотров. При этом известно, какие отрицательные последствия несет длительное существование анемии у пациентов.

Цель работы – определить распространенность анемического синдрома среди населения г. Кемерово по результатам проведения диспансеризации взрослых групп населения с последующей оценкой клинических проявлений по данным целенаправленного опроса пациента.

Материалы и методы. В исследование включены результаты обследований 366 человек, методом сплошной выборки, проходящих плановое обследование в рамках диспансеризации в период февраль–апрель 2017 г. в поликлиниках г. Кемерово. Данные женский консультации в анализ не включались. В соответствии с нормативной документацией, пациентам проводилось исследование ОАК, определенный набор исследований биохимического анализа крови, осмотр терапевта. Все пациенты работоспособного возраста (студенты и работающие). Объем выборки соответствовал нормальному типу распределения, что позволило использовать для описания полученных данных среднее значение \pm стандартное отклонение. В исследование вошли пациенты в возрасте от 24 до 65 лет. Средний возраст пациентов составил $47,2 \pm 10,2$ года. При первичном осмотре никто из пациентов не предъявлял каких-либо жалоб, связанных с наличием анемического синдрома. По результатам исследования ОАК снижение уровня гемоглобина выявлено у 93 (25,4 %) обследованных. Критерии анемии оценивались в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Среди пациентов с анемией женщины составили 52 (55,9 %) человек, мужчины – 41 (44,1 %). Из числа всех обследованных с анемией, анемия легкой степени тяжести выявлена у 50 (53,7 %) человек, средней степени тяжести – у 34 (36,6 %) и тяжелая – у 9 (9,7 %) обследованных. По результатам обследований все пациенты с анемией были повторно приглашены на визит. По данным опроса и анамнеза ни один из пациентов ранее не обращался за медицинской помощью по поводу анемического синдрома. Пациенты с анемией легкой степени тяжести при активном опросе не предъявляли каких-либо жалоб. Среди обследованных со средней степенью тяжести анемии 11 (32,4 %) пациентов при активном опросе имели проявления анемического синдрома (повышенную утомляемость, сонливость), но все пациенты считали, что имеющиеся жалобы обусловлены тем, что они много работают и мало едят фруктов. Именно в этой группе было выявлено 3 пациента с 3-ростковой цитопенией и 2 пациента с бластемией, что потребовало дальнейшего дообследования. В дальнейшем у всех 3 пациентов выявлены различные варианты гемобластозов на ранних стадиях. Все пациенты с тяжелой степенью имели проявления анемического синдрома различной продолжительности, но ранее по этому поводу за медицинской помощью не обращались. Различная соматическая патология регистрировалась у 55 (59,1 %) пациентов. В дальнейшем проведен анализ соматической патологии, которая могла повлиять на развитие анемического синдрома как самостоятельно, так и в результате приема медикаментозной терапии для коррекции данной патологии, такие, как

заболевания гепатобилиарной системы, различные варианты сахарного диабета, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма), заболевания поджелудочной железы. Данные патологические состояния выявлены у 38 (69 %) среди всех пациентов, имеющих какую-либо соматическую патологию.

Результаты. По данным проведенного исследования частота выявления анемического синдрома составила 25 % от числа обследованного, что несколько превышает данные ВОЗ. По результатам данной выборки невозможно перенести полученные цифры на все население Кемеровской области. Проведенное исследование подтвердило значимость проведения плановой диспансеризации населения. Анемический синдром длительное время не имеет ярко выраженных жалоб, и пациенты не обращаются за медицинской помощью, но при этом патологический процесс приводит к повреждению органов и тканей. В ходе исследования выявлено 3 пациента с различными вариантами гемобластозов.

Лабораторное обследование пациентов терапевтического профиля в условиях централизации лабораторной службы региона

Панина А.А., Воронков А.А.

Консультативно-диагностическая поликлиника № 2, Волгоград

С января 2016 г. в Волгоградской области начала работать централизованная клиничко-диагностическая лаборатория (ЦКДЛ). Лаборатория функционирует на базе государственного учреждения здравоохранения «Консультативно-диагностическая поликлиника № 2». Необходимость создания единой централизованной лаборатории определялась современными высокими требованиями к выполнению исследований по лабораторной диагностике и получению максимально достоверного результата, а также важностью обеспечения доступности лабораторных услуг для населения, независимо от места проживания. С момента запуска централизованной лаборатории все жители Волгограда, Волжского, и 20 районов области получили возможность пройти лабораторное обследование по перечню из 93 наименований на высокоточном оборудовании. Забор крови у пациента проводится в участковых поликлиниках, затем биоматериал доставляется в ЦКДЛ курьерской службой в кратчайшие сроки и с соблюдением всех необходимых условий транспортировки. Ежедневно в ЦКДЛ поступает от 8000 до 14 000 пробирок, лабораторные исследования проводятся по направлениям «гематология», «гемостаз», «иммунохимия», «биохимия». Все виды исследований проводятся в автоматическом режиме, на автоматических анализаторах, под постоянным контролем медицинского персонала. Основой информатизации лабораторной службы является лабораторная информационная система (ЛИС), которая позволяет полноценно управлять всеми лабораторными процессами и контролировать весь производственный цикл. К ЛИС подключены все лечебные учреждения – участники проекта. Особое значение приобретает обследование пациентов терапевтического профиля – благодаря мероприятиям по созданию централизованной лаборатории лабораторные исследования по направлениям гематология, гемостаз, иммунохимия, биохимия стали доступны для пациентов всех поликлиник. Выполнение максимального спектра исследований в единой диагностической лаборатории позволяет расширить диагностический поиск. С начала работы лаборатории выполнено 952 163 гематологических исследования, 654 919 исследований параметров гемостаза, 5 736 539 биохимических исследований, 1 773 203 иммунохимических исследований. Таким образом, выполнение

лабораторных исследований для пациентов терапевтического профиля в условиях централизованной лаборатории делает данную медицинскую услугу более доступной и качественной.

Остеопороз как нарушение костного ремоделирования у больных системной красной волчанкой

Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Трофименко А.С.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Системная красная волчанка (СКВ) – тяжелая полиорганная патология, поражающая преимущественно трудоспособных женщин. Наиболее тяжелым осложнением остеопороза являются патологические переломы костей в результате развития остеопороза.

Целью нашей работы явилось исследование интенсивности костного метаболизма и частоты развития остеопороза у больных СКВ.

Материалы и методы. Для описания клинической картины остеопороза (ОП) у больных СКВ нами проводился целенаправленный сбор анамнеза у больных с диагностированным ОП и у пациентов СКВ с нормальной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ), проходивших стационарное лечение по поводу СКВ в ревматологическом отделении МУЗ ГKB СМП № 25 г. Волгограда. Все пациенты были женщины, в возрасте от 18 до 56 лет.

Результаты. Больные СКВ с ОП и остеопенией достоверно чаще предъявляли жалобы на боли в костях и снижение мышечной силы по сравнению с группой больных без остеопороза ($p < 0,01$). Болевой синдром у больных с ОП носил достоверно более интенсивный характер, чем у пациентов с нормальной МПКТ ($p < 0,001$). Боль преимущественно локализовалась в позвоночнике и трубчатых костях. Имелась отрицательная корреляционная зависимость интенсивности болевого синдрома от состояния костной ткани ($r = -0,41$; $p = 0,01$). Однако стоит отметить, что у части больных ОП протекал бессимптомно, не смотря на снижение МПКТ, и выявлялся лишь при остеоденситометрии. Переломы костей у наших больных СКВ с ОП и остеопенией наблюдались достоверно чаще, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$) и в группе больных СКВ с нормальной МПКТ ($p < 0,001$). У больных СКВ, страдающих остеопорозом и остеопенией, достоверно чаще встречались переломы предплечья, лодыжки, позвоночника, шейки бедра ($p < 0,001$). Исследование интенсивности костного метаболизма включает в себя оценку кальций-фосфорного гомеостаза и исследование маркеров костного метаболизма. Из биохимических маркеров костного формирования у больных СКВ изучались щелочная фосфатаза и остеокальцин, являющиеся специфическими маркерами активности остеобластов. Из показателей костной резорбции исследовались Cross-laps мочи, отражающий скорость деградации С-телопептидов коллагена 1-го типа, и тартратрезистентная кислая фосфатаза – лизосомальный фермент, отражающий активность остеокластов. Кроме того, было изучено состояние кальциевого обмена: общий кальций сыворотки крови, суточная кальциурия. По полученным данным уровень остеокальцина сыворотки крови у больных СКВ с ОП был достоверно выше, чем у больных с нормальной МПКТ ($p < 0,001$). Имелась прямая корреляционная связь между уровнем ОКЦ сыворотки крови и показателем ВUA ($r = 0,38$; $p < 0,001$). Концентрация общей щелочной фосфатазы в обеих группах больных СКВ находилась в пределах нормальных значений, но у больных с ОП она была достоверно выше, чем у больных без ОП ($p < 0,01$). У больных с остеопеническим синдромом по сравнению с больными с нормальной МПКТ имелся достоверно более высокий уровень Cross-laps мочи ($p < 0,01$) и кислой фосфатазы ($p < 0,05$).

Уровень Cross-laps отрицательно коррелировал с ВUA ($r = -0,49$; $p < 0,001$). Уровень общего кальция сыворотки крови был достоверно ниже больных с ОП по сравнению с группой без ОП ($p < 0,01$). Снижение концентрации кальция ниже нормы наблюдалось у 41 (83,67 %) больных СКВ с ОП и у 16 (34,04 %) больных с нормальной МПКТ ($*2 = 24,49$; $p < 0,001$). Имелась прямая корреляция уровня кальция в сыворотке крови с костной массой ($r = 0,25$; $p = 0,02$). Кроме того, у больных с ОП имелся достоверно более высокий уровень неорганического фосфора сыворотки крови ($p < 0,05$) и достоверно чаще выявлялись случаи выраженной кальциурии, возможно связанной с ГКС-терапией и/или развитием вторичного гиперпаратиреоза ($p < 0,01$). Гиперфосфатемия наблюдалась у 16,3 % больных с ОП и у 6,4 % больных с нормальной МПКТ ($*2 = 2,34$; $p = 0,13$) и возможно была связана с поражением почек.

Выводы. Таким образом, у больных СКВ выявлена высокая частота развития ОП. По полученным данным, развитие ОП у больных СКВ связано с нарушением баланса между скоростью костного формирования и костной резорбции, при котором остеобласты не могут достаточно эффективно компенсировать потерю костной ткани. Костный обмен при СКВ характеризуется преобладающей активностью остеокластов над активностью остеобластов. Такой тип костного ремоделирования характеризуется высокой скоростью костного обмена с преобладанием костной резорбции и приводит к постепенному уменьшению костной массы и развитию ОП с последующим возникновением переломов костей.

Исследование метаболического профиля у женщин с синдромом поликистозных яичников

Пеганова О.Н., Тугушев М.Т.

*Самарский государственный медицинский университет,
Медицинская компания ИДК, группа компаний Мать и Дитя, Самара*

Актуальность. Многие годы заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) занимают лидирующую позицию в структуре смертности среди всех хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) во многих странах мира. По данным ВОЗ 2014 г. впервые в некоторых странах Европы и США среди причин смертности фатальные кардиальные события уступили свое первенство за счет активных профилактических мероприятий, проводимых в этих странах. Тем не менее, в России, по данным ВОЗ 2014 г., 60 % всех смертей составляют кардиоваскулярные события. Несмотря на то, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) у женщин развиваются на 7–10 лет позднее, чем у мужчин, смертность от них остается высокой, особенно в группе молодых женщин (до 65 лет). Особый интерес заслуживает синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как заболевание, приводящее к метаболическим нарушениям. В настоящее время СПКЯ рассматривается не только как патология репродуктивного аппарата, а как заболевание, имеющее сложные системные нарушения, и ассоциируется с развитием висцерального ожирения, инсулинорезистентности и субклинического системного воспаления. В общей популяции женщин репродуктивного возраста распространенность СПКЯ составляет до 19,9 % по данным разных авторов. Многие клинические исследования подтвердили связь СПКЯ с риском ССЗ. Учитывая, что СПКЯ развивается в молодом возрасте, его можно рассматривать как независимый ФР ССЗ, влияющий на качество жизни женщин.

Целью настоящего исследования является изучение метаболического профиля у женщин, которые наблюдались у акушера-гинеколога с диагнозом СПКЯ, с позиции оценки кардиоваскулярных рисков.

Материалы и методы. Проводилась ретроспективная оценка 179 амбулаторных карт женщин, которым был поставлен диагноз СПКЯ и

которые посетили акушера-гинеколога 2 и более раз. Группа контроля составила 26 человек. У всех женщин оценивались следующие параметры: возраст, ИМТ, систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), глюкоза крови, инсулин, индекс НОМА, холестерин, триглицериды.

Результаты. Средний возраст женщин составил 29,30,5 ± 3 года. Все женщины были разделены на 2 фенотипические группы по ИМТ: 1-я группа – ИМТ менее 25, n = 97 (54 %), 2-я группа – ИМТ = 25 и более, n = 82 (46 %), 0 группа контроля (ГК) (у женщин отсутствовал СПКЯ), n = 26. Группы были сопоставимы по возрасту: 27,56 ± 0,43; 30,49 ± 0,64 и 29,88 ± 0,52 года соответственно; и по росту: 165,23 ± 0,60; 64,66 ± 0,70 и 163,92 ± 0,83 см соответственно. Были выявлены статистически значимые различия: по уровню САД: 0группа (108,12 ± 1,64); 1группа (111,33 ± 0,92); 2группа (118,65 ± 1,62) p0–1 = 0,257; p0–2 <0,001; p1–2 = 0,001 и по уровню ДАД: 0группа (69,19 ± 0,98); 1группа (70,76 ± 0,90); 2группа (76,62 ± 1,18); p0–1 = 0,562; p0–2 <0,001; p1–2 <0,001/ Уровень глюкозы: 0гр (4,73 ± 0,10); 1гр (5,26 ± 0,08); 2гр (5,45 ± 0,07) p0–1 <0,001; p0–2 <0,001; p1–2 = 0,227 и уровень гирсутного числа: 0гр (2,62 ± 0,25); 1гр (8,29 ± 0,74); 2гр (10,75 ± 1,17) ; p0–1 <0,001; p0–2 <0,001; p1–2 = 0,217 были выше в группе женщин с СПКЯ по сравнению с группой контроля. Инсулин: 0гр (10,03 ± 4,13); 1гр (8,00 ± 0,77); 2гр (18,23 ± 1,96); p0–1 = 0,942 p0–2 = 0,363; p1–2 <0,001 и индекс НОМА: 0гр (2,16 ± 0,92); 1гр (1,88 ± 0,21); 2гр (4,46 ± 0,43); p0–1 = 0,985; p0–2 = 0,242; p1–2 <0,001 были выше в группе женщин с высоким ИМТ по сравнению с группой нормовесных женщин с СПКЯ и был сопоставим с группой контроля.

Заключение. Группы были сопоставимы по возрасту и росту. Уровень АД как САД, так и ДАД коррелировал с массой тела и был достоверно выше в группе женщин с повышенным ИМТ по сравнению с контрольной группой и нормовесными женщинами с СПКЯ. Уровень глюкозы крови и гирсутного числа не зависел от массы тела и был достоверно выше в группе женщин с СПКЯ по сравнению с группой контроля. Инсулин и индекс НОМА были выше в группе женщин с высоким ИМТ по сравнению с группой нормовесных женщин с СПКЯ и был сопоставим с группой контроля. Не все показатели было возможно оценить правильно в виду неполного обследования женщин. Так, например, обследование на холестерин провели 20 % женщин с высоким ИМТ и 12 % женщин с ИМТ менее 25 %, а на уровень триглицеридов – 9 и 5 % соответственно. Женщины репродуктивного возраста имеют низкую приверженность к обследованию и коррекции рисков ССЗ, поскольку мотивированы на решение репродуктивных проблем. Необходим междисциплинарный подход со стороны гинекологов и терапевтов для комплексной оценки параметров здоровья молодых женщин с СПКЯ в целях коррекции рисков ССЗ и своевременного проведения профилактических мероприятий.

Вариабельность ритма сердца и пульсовое артериальное давление: возрастные и гендерные влияния

Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П., Staessen J.A.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Цель работы – констатируя существенные достижения последних лет, подчеркнем, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) привлекают пристальное внимание исследователей; патогенетические аспекты продолжают тщательно изучаться; ФР вносят свой вклад в ключевые механизмы возникновения ишемии миокарда, оставляя наиболее яркий след в числе предикторов неблагоприятных событий у пациентов с

установленными и не установленными ССЗ. В рамках всеобъемлющей темы на предмет ФР выявлены новые корреляты, произведена детализация вредных эффектов приведенных маркеров ССЗ.

Материалы и методы. Оценивали краткосрочную вариабельность сердечного ритма (ВСР, ЭКГ-записи по 15 мин лежа, стоя), сочетанные измерения пульсового АД (ПАД) (ЕРОГН).

Результаты. Следует учесть, что АГ является лидирующим фактором в числе детерминант ССЗ, измерения АД широко используются клиницистами в верификации диагноза. С позиции возрастных изменений отмечают: повышение систолического АД (САД), снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и диастолического АД (ДАД), увеличение жесткости артерий с результирующим вектором вазореактивности – элевацией ПАД; при этом существуют сведения, подтверждающие более сильную предсказательную ценность ПАД в отношении исходов по сравнению с другими параметрами АД; кстати, ПАД увеличивает риск кардиоваскулярных инцидентов при условии транзитного повышения АД. Как известно, ВСР рассматривали во многих исследованиях и отметили предиктивную значимость в плане кардиоваскулярных событий; кроме того, в паттерне Framingham все измерения ВСР, за исключением LFn:HFn, были связаны со смертностью от всех причин. Ссылаясь на данные ряда авторов, необходимо затронуть диверсификационные реализации 2 мощных факторов: пола и возраста. Очевидные факты, проведенный парциальный анализ с включением возраста, в котором выявили в горизонтальном положении связь ПАД с частотой дыхания (r = –0,071, p = 0,294), R–R интервалом (r = –0,222, p = 0,001), TP (r = –0,246, p <0,001), ЧСС (r = 0,248, p <0,001), VLFn (r = 0,062, p = 0,366), LFn (r = 0,050, p = 0,459), HFn (r = –0,058, p = 0,391), LFn:HFn (r = 0,068, p = 0,318), САД (r = 0,809, p <0,001), ДАД (r = 0,291, p <0,001); в вертикальном положении корреляцию ПАД с частотой дыхания (r = –0,089, p = 0,174), R–R интервалом (r = 0,076, p = 0,251), TP (r = –0,090, p = 0,171), ЧСС (r = –0,060, p = 0,362), VLFn (r = –0,010, p = 0,877), LFn (r = –0,143, p = 0,030), HFn (r = 0,162, p = 0,014), LFn:HFn (r = –0,178, p = 0,006), САД (r = 0,808, p <0,001), ДАД (r = 0,252, p <0,001), позволяет по-иному взглянуть на то, какие именно аспекты имеют нежелательные последствия. Исходя из патофизиологических особенностей формирования заболеваний, проводились оживленные дискуссии относительно гетерогенности ряда признаков модуляции вегетативной нервной системы, свойственной мужчинам и женщинам. Так, достаточно убедительно выглядит парциальный анализ с включением гендерных влияний, отражая основу возникновения дифференцировки, позволяющий обнаружить ассоциацию ПАД с частотой дыхания (r = –0,101, p = 0,125), R–R интервалом (r = –0,203, p = 0,002), TP (r = –0,352, p <0,001), ЧСС (r = 0,217, p = 0,001), VLFn (r = 0,153, p = 0,019), LFn (r = 0,080, p = 0,225), HFn (r = –0,129, p = 0,049), LFn:HFn (r = 0,118, p = 0,073), САД (r = 0,822, p <0,001), ДАД (r = 0,380, p <0,001) в горизонтальном положении; интеграцию ПАД с частотой дыхания (r = –0,086, p = 0,194), R–R интервалом (r = 0,177, p = 0,007), TP (r = –0,213, p = 0,001), ЧСС (r = –0,168, p = 0,010), VLFn (r = –0,042, p = 0,523), LFn (r = –0,187, p = 0,004), HFn (r = 0,144, p = 0,028), LFn:HFn (r = –0,172, p = 0,009), САД (r = 0,838, p <0,001), ДАД (r = 0,382, p <0,001) в вертикальном положении. Вдумчиво осмысливая высказанные мнения по представленной проблеме, перечислим объективные ориентиры для отличительных гендерных черт согласно разному типу реакции – приоритеты отведены преобладанию парасимпатической составляющей и снижению симпатической компоненты у женщин по сравнению с мужчинами. Интересно, что среди прочих моментов наиболее показательными и, соответственно, с доминирующими безоговорочно вескими аргументами, отождествляющими антураж информативности свидетельств, оказались ЧСС и общая мощность спектра в горизонтальном положении, активность симпатического и

парасимпатического регуляторных звеньев в вертикальном положении, предусматривая возможности общей патогенетической концепции, тем самым указывая на сопоставимость собственных находок с зарубежными работами и определяя тактику рутинного ведения пациентов. Выводы. Примечательно, что очень важно ответить на поставленные вопросы, могут ли накопленные доказательства в полной мере предоставить весомый ответ современным вызовам со стороны ССЗ.

Возможные предикторы неблагоприятного прогноза при ревматических пороках сердца

Петров В.С., Лопухов С.В., Рыжовская Е.В., Петров С.А.

Рязанский государственный медицинский университет, Станция скорой медицинской помощи, Рязань

Цель работы – выявление и оценка возможных предикторов смерти у пациентов с ревматическими пороками сердца (РПС). Обследовано 192 пациента с РПС, из них 39 умерших пациентов. Достоверной разницы по полу среди выживших и умерших не было: женщины 59,5 % против 64,1 %; мужчины 40,5 % против 35,9 %. Умерших пациенты относили к достоверно старшей возрастной группе: $68,82 \pm 8,4$ года против $53,18 \pm 0,96$ года. Результаты. Как причина смерти РПС у умерших выставлялись в 28,07 % случаев, сюда же можно отнести и пациентов, которым как причину смерти выставляли хроническую сердечную недостаточность (ХСН) – 24,5 %. У 22,8 % как основная причина смерти выставлялось острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Онкология была выставлена у 3,5 % больных. Частота сопутствующих заболеваний у всех пациентов с РПС составила: АГ – 67,8 %; стенокардия напряжения – 67,8 %; ФП – 54,1 %; ОНМК – 22,03 %; сахарный диабет – 11,08 %; хроническая болезнь почек (ХБП) – 18,6 %. При оценке сопутствующих заболеваний умерших достоверный относительного риска получен для артериальной гипертензии – 1,69; фибрилляции предсердий – 1,63; ОНМК – 5,38. Для сахарного диабета и стенокардии напряжения достоверных данных не получено. При изучении лабораторных данных отмечено только достоверное увеличение уровня креатинина и билирубина у умерших в сравнении с выжившими: $120,5 \pm 9,19$ мкм/л против $77,8 \pm 0,19$ мкм/л и $14,83 \pm 1,59$ мм/л против $11,2 \pm 0,32$ мм/л. Разницы по другим показателям не получено. По результатам ЭхоКГ умершие пациенты имели достоверно большие линейные размеры камер сердца: левое предсердие (ЛП) $6,11 \pm 0,17$ см и $4,6 \pm 0,05$ см (выжившие); конечный систолический размер (КСР) левого желудочка (ЛЖ) $4,3 \pm 0,17$ см и $3,7 \pm 0,05$ см (выжившие). Также достоверно различались: ТМЖП $1,2 \pm 0,04$ см и $1,11 \pm 0,02$ см (выжившие); ТЗСЛЖ $1,2 \pm 0,04$ см и $1,08 \pm 0,02$ см (выжившие); площадь митрального отверстия (S-Mo): $1,2 \pm 0,09$ см² и $1,83 \pm 0,02$ см² (выжившие); систолический градиент давления на трикуспидальном клапане $40,65 \pm 2,26$ и $31,54 \pm 0,97$ (выжившие). Проводимая медикаментозная терапия у пациентов с РПС состояла из: иАПФ – 73,3 %, βАБ – 60,0 %, дигоксин – 62,7 %, спиронолактон – 73,3 %, петлевые диуретики – 32 %, аспирин – 63 %. Среди βАБ чаще использовался метопролол тартрат – 66,7 %. Рекомендуемые для ХСН метопролола сукцинат и бисопролол назначались у 16,7 % пациентов, реже карведилол 5,6 % и небиволол 5,6 %. Среди иАПФ чаще использовался эналаприл 52,2 % и периндоприл 23,9 %, реже лизиноприл 17,4 % и фозиноприл 4,3 %. Достоверной разницы в медикаментозной терапии между выжившими и умершими не выявлено. Таким образом, к возможным ФР смерти у пациентов с РПС можно отнести сопутствующую АГ, ФП и ОНМК. Вероятно, увеличение ЛП и КСР, гипертрофия ЛЖ и степень стеноза митрального стеноза (S-Mo) повышают риск смерти пациента.

Значение моторных нарушений билиарного тракта в формировании заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны

Печерских М.В., Ефремова Л.И., Шаверская Э.Ш.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования – выявить влияние дискинетических расстройств билиарного тракта и дуоденогастрального рефлюкса у пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) на течение заболевания. Материалы и методы. В условиях дневного стационара гастроэнтерологического отделения городской больницы был обследован 101 пациент с ХНХ, средний возраст пациентов составил $45,4 \pm 1,3$ года. Группа сравнения состояла из 30 здоровых человек, была сопоставима с группой наблюдения по полу и возрасту. В работе были использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования гепатобилиарной и эзофагогастродуоденальной зоны, включая эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), УЗИ органов брюшной полости, многофракционное дуоденальное зондирование (МФДЗ), динамическую гепатосцинтиграфию. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2010. Результаты. В клинической картине ХНХ болевой синдром был доминирующим. Жалобы, характерные для него, предъявляли $97,2 \pm 1,9$ % обследованных больных. $91,5 \pm 3,2$ % пациентов предъявляли жалобы, характерные для синдромов желудочной и кишечной диспепсии. Чаще всего болевой синдром локализовался в правом подреберье ($78,3 \pm 4,7$ %). У $41,8 \pm 5,7$ % больных наблюдалась боль в левом подреберье, у $48,6 \pm 5,8$ % пациентов – в эпигастриальной области, в $27,0 \pm 5,1$ % случаев она иррадиировала в поясничную область. Синдром желудочной диспепсии проявлялся: тошнотой у 25 (33,8 %) больных, ощущениям горечи во рту – у 27 (36,5 %), отрыжкой воздухом – у 24 (32,4 %), изжогой – у 20 (27,0 %) пациентов. Вздутие живота и повышенное отхождение газов отмечали 33 (44,6 %) пациента. Большинство больных, 45 (60,8 %), предъявляли жалобы на кашицеобразный стул, запоры беспокоили 22 (29,7 %) человека, у 9 (12,2 %) пациентов стул был нормальным. При УЗИ органов брюшной полости у 33,3 % больных выявлены признаки хронического воспаления желчного пузыря, выражающиеся в утолщении и уплотнении его стенок, изменении размеров. Уменьшение размеров желчного пузыря до $2,5 \times 7$ см, с размером поперечника $2,5$ см у 57,0 % пациентов в 40,4 % случаев сопровождалось выраженной деформацией желчного пузыря с перегибами в шейке, теле и дне. Также у 13,1 % пациентов проведенное УЗИ органов брюшной полости зарегистрировало наличие эховзвеси, что является фактом наличия дискинезии желчного пузыря. Дискинетические расстройства билиарного тракта были выявлены проведенным многофракционным дуоденальным зондированием. У 23 (76,6 %) пациентов доминировал гиперкинетический тип дискинезии желчного пузыря. Дискинезии сфинктерного аппарата у 11 (36,7 %) человек проявлялись гипотонусом сфинктера Одди и у 12 (40,0 %) – гипертонусом сфинктера Люткенса. Патологические изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта были зарегистрированы у большинства исследуемых пациентов и проявлялись наличием гиперемии, отеком слизистой оболочки с участками ее атрофии и эрозиями. У 59,7 % больных выявлены признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в 86,1 % – признаки гастрита. У 61,1 % больных были обнаружены воспалительные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс был диагностирован у 31 (43,0 %) пациента. Проведенная динамическая гепатосцинтиграфия подтвердила наличие моторных нарушений и в билиарном тракте и гастродуоденальной зоне. У 28,5 % пациентов

зарегистрирован дуоденогастральный рефлюкс, а у 50 % недостаточность сфинктера Одди.

Выводы. Дискинетические расстройства билиарного тракта влекут за собой моторные нарушения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта в виде дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов с последующим негативным влиянием на слизистую оболочку. Все это изменяет течение хронического некалькулезного холецистита, усложняет его диагностику и влияет на прогноз заболевания.

Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* и ассоциированных с ней язвенной болезни и атрофического гастрита среди пациентов гастроэнтерологического профиля г. Тулы

Плахова А.О., Никитина Е.С., Вайсман Д.Ш., Сороцкая В.Н.

*Тульский государственный медицинский университет,
Медицинский институт, Тула*

Цель исследования – изучить распространенность инфекции *Helicobacter pylori* среди пациентов с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны г. Тулы и выявить корреляцию с развитием язвенной болезни и атрофического гастрита.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ медицинской документации в одном из учреждений г. Тулы. В анализ включены пациенты с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта ($n = 187$), среди которых 39 % мужчин и 61 % женщин в возрасте от 18 до 90 лет. Всем пациентам выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с забором биоптатом слизистой оболочки (СО) желудка с последующей диагностикой *H. pylori* быстрым уреазным тестом.

Результаты. Из обследованных пациентов инфекция *H. pylori* диагностирована у 188 человек, что составило 77,5 %. Частота выявляемости *H. pylori* при язвенной болезни (ЯБ) желудка составила 100 %, при ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки – 84 %; при атрофическом гастрите – 100 %.

Выводы. В результате исследования выявлена высокая распространенность инфекции *H. pylori* среди пациентов гастроэнтерологического профиля. Высокий уровень инфицированности коррелирует с высокой распространенностью *H. pylori*-ассоциированной ЯБ и атрофическим гастритом – доказанными предикторами рака желудка.

Особенности локального кислотно-щелочного статуса у больных бронхиальной астмой разной степени тяжести

Победенная Г.П., Ярцева С.В., Кострюкова Л.Н.

*Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки, Луганская городская поликлиника № 12, Луганск*

Введение. Бронхиальная астма (БА) рассматривается как хронический воспалительный процесс в трахеобронхиальном дереве (ТБД). Изучение состояния ТБД является важным для понимания факторов, которые могут влиять на его состояние, и механизмов, которые вовлечены до местного патологического процесса.

Цель работы – провести изучение клинических особенностей и местных характеристик ТБД у больных с БА различной степени тяжести.

Материалы и методы. У 78 пациентов с БА различных степеней тяжести

исследовали клинические и лабораторные показатели и состояние эндобронхиального рН методом фибробронхоскопии и компьютерной пристеночной рН-метрии. Для разработки референтной нормы учитывали результаты обследования 29 пациентов, которым фибробронхоскопия производилась с диагностической целью и не выявила изменений в ТБД. Результаты. У здоровых лиц величины пристеночного рН на симметричных участках ТБД между собой существенно не различались, с более высокими значениями в проксимальных отделах и низкими – в дистальных отделах. У больных с легкой БА и очаговым эндобронхитом имели место разнонаправленные изменения рН ТБД в симметричных участках измерения. После лечения базисными средствами показатели рН нормализовывались, в среднем, у 87,2 % больных. У больных БА средней тяжести и тяжелой наблюдались явления диффузного катарального или катарально-гнойного эндобронхита, при этом оценку влияния базисной терапии на рН в симметричных участках ТБД осуществляли в зависимости от выраженности местной воспалительной реакции, а не от степени тяжести болезни. У больных БА с диффузным катаральным эндобронхитом до лечения самый высокий показатель рН отмечался на уровне киль трахеи, и был выше аналогичного у здоровых лиц на 2,1 % ($p < 0,05$). Все остальные показатели симметричных участков ТБД у этих больных были также повышенными по сравнению с таковыми у здоровых лиц на 1,5–2,0 % и имели тенденцию к снижению в направлении дистальных его отделов. Градиент рН на уровне киль трахеи-устья субсегментарных бронхов у этих лиц не отличался от такового у лиц контрольной группы. После базисной терапии показатели рН в симметричных участках ТБД достигли референтной нормы у 80,0 % больных. При диффузном катарально-гнойном эндобронхите все остальные показатели рН на симметричных участках ТБД были самыми высокими и выше, чем при диффузном катаральном эндобронхите: в среднем, на 2,84–4,34 % и также снижались в направлении дистальных отделов. После лечения с использованием препаратов базисной терапии достоверное снижение показателей пристеночного рН при сравнении с исходными значениями происходило только на уровне устья сегментарного бронха справа и слева, но они все-таки не достигли референтной нормы. Все другие значения пристеночного рН снижались незначительно. Выводы. У больных с легким течением БА и наличием очагового эндобронхита наблюдались незначительные нарушения рН ТБД, которые в значительной степени устраняло лечение базисными средствами. У больных БА с диффузным катаральным эндобронхитом исходные значения рН практически на всех симметричных участках ТБД превышали референтную норму, а после лечения – достигали должных значений. При наличии катарально-гнойного эндобронхита величины пристеночного рН значительно смещались в щелочную сторону на всех участках измерения, снижались, но не достигали референтной нормы после лечения базисными средствами, что отражало его недостаточную эффективность.

Частота выявления и характеристика амилоидных отложений в миокарде у пациентов с хронической сердечной недостаточностью старческого возраста и долгожителей

*Полякова А.А., Семернин Е.Н., Ситникова М.Ю., Авагян К.Л.,
Грозов Р.В., Пыко С.А., Крутиков А.Н., Давыдова В.Г.,
Хмельницкая К.А., Шавловский М.М., Коржевский Д.Э., Гудкова А.Я.*

*Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский
центр, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургский госу-
дарственный электротехнический университет им. В.И. Ульянова,
Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург*

Введение. Прижизненная диагностика транстриетинового амилоидоза «дикого» типа (ATTR wt) практически отсутствует. При этом АТТР wt является недооцененной причиной заболеваемости и смертности, особенно в старшей возрастной группе.

Цель работы – изучить частоту выявления, демографические показатели и морфо-функциональные особенности старческого амилоидоза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–IV ФК и гипертрофией левого желудочка ≥ 15 мм по результатам аутопсий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ посмертных заключений пациентов отделения кардиологического профиля ($n = 141$) с ведущим синдромом ХСН. Возраст составил ≥ 69 лет, мужчин – 19 %, женщин – 81 %. Все фиксированные формалином парафиновые блоки окрашивали красителем Конго красным и просматривали в поляризованном свете. Также проведен иммуногистохимический анализ с применением антител к АА-амилоиду, транстриетину, каппа- и ламбда-легким цепям.

Результаты. Отложения амилоида выявлены в старческом возрасте и у долгожителей, средний возраст составил $91,25 \pm 9,67$ года, преимущественно у женщин в связи с более низкой продолжительностью жизни мужчин. При ХСН различного ФК, ассоциирующейся с ГЛЖ по данным аутопсии, амилоидные отложения встречаются практически у каждого 4-го умершего (в 21 % случаев). Количество амилоидных отложений в миокарде в основном было небольшим (56 % наблюдений имели отложения амилоида – (+) и 27 % – (+ +)), значительное количество амилоида выявлено в 17 % случаев (+ + + – 7 % и + + + + – 10 %). Наличие амилоидных отложений не влияло достоверно на такие показатели гипертрофии миокарда, как толщина МЖП, ЗС ЛЖ, и масса сердца. В представленных нами случаях наблюдается типичное для старческого амилоидоза очаговое отложение амилоида в миокарде, при этом в 97 % случаев амилоид располагается в интерстиции вокруг кардиомиоцитов и в 3 % случаев исключительно вокруг сосудов.

Заключение. ATTR wt выявлен у каждого 4-го пациента в когорте пациентов старческого возраста и долгожителей, преимущественно у женщин (83 %), и не был диагностирован при жизни. Характерными морфологическими проявлениями ATTR wt являются очаговые отложения амилоида преимущественно в интерстиции миокарда.

Возможности современной мукоактивной терапии в плане ведения пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких

Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Сидорев В.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель работы – сравнить эффективность применения эрдостеина (Эрдомед) и карбоцистеина (Флуифорт) у пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 пациентов с обострением ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение. I группе (25 больных) дополнительно к терапии обострения ХОБЛ назначался карбоцистеин (Флуифорт, саше) по 1 пакетику однократно утром. II группа (25 пациентов) помимо терапии обострения ХОБЛ получала эрдостеин (Эрдомед) по 1 капсуле (300 мг) 3 раза в сутки. Через небулайзер муколитик не назначался. Помимо стандартных методов исследования, всем пациентам проводилась спирометрия, тест с 6-минутной ходьбой (6МХ).

Результаты. Среди 50 пациентов с обострением ХОБЛ 43 – мужчины. Средний возраст больных – 58,6 года. Затруднение отхождения

мокроты до начала лечения отмечали 95 % пациентов. Исходно при поступлении средняя дистанция, пройденная в тесте 6МХ – 217,6 м, на фоне включения карбоцистеина и эрдостеина в терапию обострения ХОБЛ констатирован рост дистанции в тесте 6МХ через 7 дней до 285,4 м и 292,3 м соответственно. ОФВ1 при поступлении в группе I 49,6 + 5,7 %, в группе II 47,9 + 6,3 %. На фоне включения в терапию карбоцистеина и эрдостеина, через 5 сут констатирован рост ОФВ1 в группе I 57,7 + 3,3 %, в группе II 58,9 + 5,7 % ($p > 0,05$). Субъективное улучшение отхождения мокроты отмечали пациенты обеих групп начиная со 2-го дня нахождения в стационаре.

Выводы. У пациентов с обострением ХОБЛ для облегчения отхождения мокроты в качестве муколитика рекомендуется использование карбоцистеина и эрдостеина. Были получены сходные данные по эффективности препаратов. Следует отметить меньшую кратность приема карбоцистеина – 1 раз в сутки, что позволяет достичь большего комплайенса в лечении.

Вероятность развития хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии у больных тромбоэмболией легочной артерии невысокого риска смерти с признаками перегрузки правых отделов сердца при поступлении в стационар

Пронин А.Г., Валова О.А.

Московский медицинский университет Реавиз, Москва

Цель исследования – определить вероятность развития хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) невысокого риска смерти с ЭКГ- и ЭхоКГ-признаками перегрузки правых отделов сердца при поступлении в стационар.

Материалы и методы. Было обследовано 87 пациентов с ТЭЛА невысокого риска смерти с уровнем проксимальной окклюзии: главные легочные артерии – 9,2 %, долевые – 32,1 %, сегментарные артерии – 58,7 %, поступившие в стационар в 1-е сутки от развития симптомов заболевания. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, Д-димер, ЭхоКГ, УЗДГ вен нижних конечностей, КТ-ангиография легочной артерии. На основании полученных результатов все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошел 31 пациент (15 мужчин и 16 женщин, в возрасте от 24 до 83 лет, средний возраст $54,7 \pm 14,9$ года), у которых имели место все признаки перегрузки правых отделов сердца по данным ЭКГ (наличие глубоких зубцов SI и QIII, появление отрицательных зубцов T в отведениях V1–V3, признаков блокады правой ножки пучка Гиса). Контрольная группа представлена 56 пациентами (26 мужчин и 30 женщин, в возрасте от 23 до 94 лет, средний возраст – $56,0 \pm 15,7$ года), у которых симптомов острого легочного сердца по данным ЭКГ не было. Группы были сопоставимы по демографическим показателям, объему поражения легочного русла, сопутствующим заболеваниям.

Результаты. У пациентов основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще встречались и были более выражены ЭхоКГ-симптомы перегрузки правых отделов сердца. Дилатация правого желудочка более 3 см регистрировалась у 29 % больных 1-й группы и в среднем составляла $3,9 \pm 0,7$ см, против 14,3 % и $3,1 \pm 0,5$ см во 2-й ($p < 0,05$). Дилатация правого предсердия более 65 мл также встречалась достоверно чаще у пациентов основной группы, 32,3 % против 16,1 % соответственно ($p = 0,04$). Трикуспидальная регургитация выше II степени у больных

ТЭЛА с ЭКГ-признаками перегрузки правых отделов сердца была у 23 % пациентов, а у больных контрольной группы – 5,3 % ($p = 0,01$). Легочная гипертензия более 30 мм рт.ст. регистрировалась у 83,9 % больных первой группы и в среднем составляла $48,2 \pm 12,3$ мм рт.ст., против 62,5 % и $33 \pm 13,1$ мм рт.ст. во второй ($p < 0,05$). В дальнейшем на фоне терапии у пациентов основной группы сравнения к 5-м суткам ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца регрессировали, а значения ЭхоКГ-симптомов острого легочного сердца оставались без существенной динамики до выписки из стационара. У пациентов второй группы в течение 14 дней выраженность ЭхоКГ-симптомов значительно уменьшалась.

Выводы. У больных ТЭЛА невысокого риска смерти с ЭКГ-признаками острого легочного сердца при поступлении в стационар более выражена и медленнее регрессирует, чем у пациентов контрольной группы перегрузка правых отделов сердца и по данным ЭхоКГ. Это может способствовать более частому развитию у этих пациентов хронической посттромбоземболической легочной гипертензии.

Особенности параметров артериальной жесткости при хронической болезни почек

Райимжанов З.Р., Сабирова А.И., Реджапова Н.А., Муркамилов И.И., Сабиров И.С., Айтбаев К.А.

Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Ошский государственный университет, Ош; Кыргызская государственная медицинская академия и м. И.К. Ахунбаева, Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии им. акад. М. Миррахимова, Москва,

Актуальность. Общеизвестно, что хроническая болезнь почек (ХБП) обуславливает существенное увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В свою очередь билатеральная их взаимосвязь сопряжена увеличением вероятности наступления терминальной стадии ХБП. Увеличение артериальной жесткости нередко выявляется уже на ранних стадиях ХБП и усугубляется по мере прогрессирующего падения функции почек.

Цель работы – изучение параметров артериальной жесткости у пациентов с ХБП в зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета 2-го типа. Материалы и методы. Обследовано 236 пациентов с ХБП на додиализной стадии заболевания в возрасте от 16 до 84 лет (средний возраст $49,0 \pm 14,3$ года). Из них 83 пациента – с ХБП диабетической этиологии (41 мужчина, 42 женщины, средний возраст 57 ± 9 года) и 49 больных ХГН без ССЗ (76 мужчин, 77 женщин, средний возраст 44 ± 14 лет). Группы были сопоставимы между собой по полу и гемодинамическим показателям. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование и оценка артериальной жесткости с помощью неинвазивного прибора «АнгиоСкан» (Россия).

Результаты. В группе пациентов с ХБП диабетической этиологии отмечались статистически значимые увеличения индекса аугментации ($15,3 (6,1-28,1)$ против $8,1 (5,5-19,6)$; $p < 0,01$), индекса аугментации приведенный к частоте пульса в 75 уд/мин ($Alp75 (18,7 (9,2-27,4)$ против $9,2 (0,4-19,5)$; $p < 0,01$) и возраста сосудистой системы (VA) ($58,0 (48,0-71,0)$ против $49,0 (35,0-61,0)$; $p < 0,01$) по сравнению с лицами с ХБП недиабетической этиологии. Напротив, показатели возрастного индекса (AGI) ($-0,4 (0,10-0,60)$ против $-0,6 (0,30-0,90)$; $p < 0,01$) оказались существенно ниже сравнительно с лицами с недиабетической ХБП.

Заключение. У пациентов с ХБП диабетической этиологии параметры артериальной жесткости ухудшаются уже на додиализной стадии.

Анализ полиморфизма A1166C гена AGTR1 у больных с хронической сердечной недостаточностью

Расулова З.Д., Камилова У.К., Бобоев К.Т., Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р., Джураева В.Х., Каримова Г.В.

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

Цель работы – изучить распределение генотипов полиморфизма A1166C гена ангиотензиновых рецептора 1-го типа (AGTR1) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с дисфункцией почек у лиц узбекской национальности.

Материалы и методы. Всего были обследованы 114 больных с I–III ФК ХСН узбекской национальности (согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста 6-минутной ходьбы и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). Контрольную группу составили 51 человек узбекской национальности. Для проведения генетического анализа и определения генетических маркеров предрасположенности пациентов к ХСН проводили выделение ДНК из лимфоцитов периферической венозной крови с определением полиморфизма A1166C гена AGTR1 с помощью полимеразной реакции синтеза ДНК на термоциклерах CG-1-96 CorbettResearch (Австралия) и 2720 AppliedBiosystems (США), а также путем полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000, Модель 65N0-100 (Австралия). Оценка отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга (PXB) проводят с помощью компьютерной программы анализа генетических данных GenePop (GeneticsofPopulation).

Результаты. Генетический анализ частоты распределения генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 у лиц контрольной группы и больных ИБС I–III ФК ХСН узбекской национальности показал, что распределение генотипов соответствовало PXB, что свидетельствует о репрезентативности выборки и отсутствии различных факторов, влияющих на генетическую структуру, а также о правильности результатов генотипирования. Результаты проведенного анализа распределений генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 у 114 больных ХСН I–III ФК по НУНА узбекской национальности по сравнению с данными контрольной группы показали, что данный маркер самостоятельно не ассоциирован с развитием ХСН ($p > 0,05$). Однако при этом была отмечена достоверно высокая частота встречаемости генотипа C/C в группе пациентов ХСН ($\chi^2 = 8,1$; $p = 0,04$) по сравнению с популяционной выборкой. Анализ распределений генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 в зависимости от скорости клубочковой фильтрации (СКФ, по формуле MDRD) – более 60 мл/мин/1,73 м² и менее 60 мл/мин/1,73 м² показал, что подгруппы больных ХСН с СКФ менее 60 и более 60 мл/мин/1,73 м² не отличались от контрольной группы ($\chi^2 < 3,8$; $p > 0,05$). Кроме того, подгруппы больных также не отличались между собой ($\chi^2 < 3,8$; $p > 0,05$).

Выводы. Отмечена высокая частота встречаемости генотипа C/C в группе пациентов ХСН узбекской национальности по сравнению с группой контроля. Полиморфизм A1166C гена AGTR1 у лиц узбекской национальности не ассоциирован с развитием дисфункции почек у больных ХСН.

Бальнеологическая коррекция гемореологических параметров на амбулаторном этапе медицинской реабилитации пациентов с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний

Рахимкулов А.С., Горбунов Ф.Е., Борисова Н.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии, Москва;
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Введение. Одной из наиважнейших задач клинической медицины на современном этапе является возможность предупредить развитие острых нарушений мозгового кровообращения у лиц трудоспособного возраста. Ведущим этиопатогенетическим фактором ишемических инсультов являются тромбоэмболические, формирование которых зависит от состояния гемореологии.

Цель исследования – изучение на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации влияния бальнеотерапевтических преформированных факторов на возможность коррекции гемореологических нарушений у больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения.

Материалы и методы. На амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации в условиях отделения восстановительного лечения муниципального Центра здоровья МБУЗ г. Уфа в динамике проанализированы клиничко-неврологические проявления ранних форм недостаточности мозгового кровообращения и гемореологические показатели у 200 мужчин трудоспособного возраста. Рандомизированному исследованию были подвергнуты 3 клинические группы: 1 группа больных (25) на фоне базовой терапии получала через день общие йодобромные ванны, эндоназальный электрофорез 5 % раствора танакана. Курс 10 процедур через день. 2 группа больных (25) на фоне базовой терапии через день получала радоновые ванны, эндоназальный электрофорез 5 % раствора танакана. Курс 10 процедур через день. 3 группа больных (25) на фоне базовой терапии через день получала углекислые ванны, эндоназальный электрофорез 5 % раствора танакана. Курс 10 процедур через день. Контрольную группу (20) составили практически здоровые лица, у которых были жалобы на случаи головной боли, повышенную утомляемость, снижение фона настроения. Параметры агрегации эритроцитов определяли методом, разработанным на кафедре профессора В. Люсова в РГМУ на агрегометре МЭЗМТ. Гемореологические показатели исследовались нами до и после лечения и прослеживалась их динамика через 6 мес.

Результаты. Проведенный нами биохимический скрининг динамики гемореологических параметров у обследованных пациентов выявил наилучшую динамику гемореологических параметров в 3 группе при включении в комплекс базовой терапии углекислых ванн. Наилучшая динамика реологических параметров крови были выявлены нами в 3 группе пациентов при включении в лечение (РП №3) курса углекислых ванн. При этом выраженная положительная динамика коррекции антиагрегационных свойств эритроцитов выявляется сразу после лечения и пролонгируется через полгода после курса лечения ($p \leq 0,05$). Таким образом, включение в комплекс реабилитационных мероприятий на фоне общепринятой терапии у пациентов трудоспособного возраста с доказанными ФР формирования цереброваскулярных катастроф таких высокоэффективных технологий медицинской реабилитации на основе преформированных физических факторов, как углекислые ванны, которые существенно улучшает гемореологический потенциал эритроцитов, что проявляется снижением уровней как максимальной, так

и минимальной агрегации клеток красной крови, снижением показателя второй волны агрегации эритроцитов, нормализацией такого важного показателя как коэффициент дезагрегации. Вышеперечисленные показатели достигли контрольных значений именно у пациентов 3 группы при включении в курс лечения углекислых ванн ($p \leq 0,05$). У пациентов всех трех групп клинически преимущественно у 1 группы наблюдали после лечения уменьшение выраженности шума в голове, утомляемости, головной боли, нарушения памяти, головокружения, нарушении сна, нормализация показателей АД, улучшение фона настроения.

Выводы. Таким образом, у пациентов трудоспособного возраста с наличием ФР прогрессирования ранних форм недостаточности мозгового кровообращения применение комплексных реабилитационных программ, эндоназальный электрофорез с раствором танакана в сочетании с углекислыми ваннами является действенным, высокоэффективным, безопасным методом профилактики цереброваскулярных катастроф. Он может найти более широкое применение как на санаторно-курортном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации.

Печень как орган-мишень у больных с хронической сердечной недостаточностью

Резник Е.В., Комиссарова М.С., Лазарев В.А., Гендлин Г.Е., Никитин И.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Цель: изучить особенности поражения печени, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики и прогнозом у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: У 77 стабильных пациентов с ХСН (Таблица 1) с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $<45\%$ без первичной патологии печени, почек, почечных сосудов, мочевыводящих путей, дыхательной, костной системы, аутоиммунных, эндокринных, онкологических заболеваний, отягощенного алкогольного анамнеза проведены УЗИ печени, оценка функционального состояния печени, индекса MELD-XI (Neuman D.M., 2007) и отдаленного прогноза. Медиана (25;75-процентиля) продолжительности жизни пациентов при наблюдении в течение 120 месяцев составили 26 (12 – 60) месяцев.

Была выявлена тенденция к меньшей выживаемости пациентов с гепатомегалией по сравнению с остальными ($p=0,07$). Достоверного прогностического значения отдельных функциональных печеночных тестов выявлено не было, но при этом выживаемость была достоверно хуже у пациентов с ХСН со значениями индекса MELD-XI выше медианы (≥ 11 , $p=0,02$).

Выводы: Поражение печени при ХСН включает гепатомегалию, развитие цитолитического, холестатического синдромов и реже печеночно-клеточной недостаточности. В качестве факторов риска поражения печени можно считать тяжесть клинической симптоматики сердечной недостаточности, систолическую дисфункцию миокарда левого желудочка, снижение функционального состояния почек и курение. Повышение значений индекса MELD-XI является одним из предикторов неблагоприятного прогноза у этих пациентов. Необходима своевременная диагностика поражения печени и внедрение превентивных стратегий для повышения продолжительности жизни больных с хронической сердечной недостаточностью.

Дисфункция эндотелия в поздний период после трансплантации почки

Рогозина Л.А., Давыдкин И.Л., Парабина Е.В., Исхаков Э.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. В настоящее время распространенность заболеваний почек сопоставима с такими заболеваниями, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ожирение. Одним из наиболее эффективных методов лечения терминальной стадии хронической болезни почек является трансплантация. На сегодняшний день в трансплантологии остается много нерешенных вопросов, посвященных сохранению функции трансплантата почки, особенно в отдаленные сроки после трансплантации. Основной причиной потерь донорского органа является прогрессирующая хроническая дисфункция трансплантата с исходом в терминальную хроническую почечную недостаточность. По современным представлениям, среди механизмов дисфункции почечного трансплантата большое значение придается состоянию сосудистого эндотелия локально в почке и в системном русле. Связь эндотелиальной дисфункции с поражением функции почек представляется закономерной, но является малоизученной. Особый интерес представляет зависимость снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) от эндотелиальной дисфункции. Цель исследования – изучить взаимосвязь нарушения функции сосудистого эндотелия с функциональным состоянием аллогенного почечного трансплантата в отдаленный послеоперационный период. Материалы и методы. В исследование включено 79 человек с функционирующим почечным трансплантатом. В качестве критерия оценки функционального состояния трансплантата учитывался показатель СКФ. Все пациенты были стратифицированы на две группы. В первой группе показатель СКФ был менее 60 мл/мин ($n = 52$), во второй группе – более 60 мл/мин ($n = 27$). Исследовалась гемомикроциркуляция методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с проведением окклюзионной пробы. Для расчета средних значений изменений числовых параметров перфузии использовался математический аппарат обработки случайных процессов программного обеспечения LDF. В целях оценки различия по анализируемому признаку применялся критерий Манна–Уитни (U). Результаты считались достоверными при вероятности ошибки $p \leq 0,05$. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 15.0. Результаты. При анализе результатов ЛДФ-грамм было выявлено снижение средней перфузии в микроциркуляторном русле (M) у больных обеих групп, с достоверным снижением в первой. Минимальная средняя перфузия составляла $2,42 \pm 0,23$ перф.ед. у больных. Повышение перфузии у больных в первой группе может быть связано как с ослаблением артериолярного сосудистого тонуса, которое приводит к увеличению объема крови в артериолах, так и с явлениями застоя крови в веноулярном звене. У больных первой группы по сравнению со второй группой выявлено достоверное снижение модуляции микроциркуляторного русла. Снижение среднего квадратичного отклонения амплитуды колебаний кровотока от значения показателя перфузии (σ) связано с механизмами регуляции микроциркуляции. Увеличение коэффициента вариации (Kv) у больных в группе с более низкой СКФ по сравнению с другой группой ассоциировано с повышением нейрогенного и миогенного тонусов сосудов в результате активации эндотелиальной секреции. Снижение коэффициента вариации в первой группе по сравнению со второй группой может свидетельствовать об уменьшении эндотелиальной секреции вазодилататоров. Во всех группах больных выявлено уменьшение резерва кровотока, что может наблюдаться при увеличении притока крови в микроциркуляторное русло и при явлениях стаза и застоя крови в венах. При данных состояниях также отмечается увеличение числа функционирующих капилляров. Кроме

того, при возникновении реактивной постокклюзионной гиперемии, часть кинетической энергии притекающих эритроцитов неизбежно расходуется на преодоление инертности форменных элементов, находящихся в состоянии стаза. В связи с этим у больных наблюдается гиперемический гемодинамический тип микроциркуляции. Резерв кровотока у больных хронической болезнью почек прямо пропорционален скорости клубочковой фильтрации.

Выводы. 1. Выявлено, что резерв кровотока у больных хронической болезнью почек прямо пропорционален СКФ. 2. У пациентов с низким показателем СКФ выявлено достоверное снижение модуляции микроциркуляторного русла. 3. Эндотелиальная дисфункция является важным звеном в развитии и прогрессировании хронической почечной недостаточности у реципиентов почечного трансплантата.

Высокопроизводительное секвенирование как потенциал для утверждения новых тактик ведения пациента с синдромом Марфана

Рудой А.С., Бова А.А., Урываев А.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Среди известных моногенных заболеваний с вовлечением соединительной ткани наиболее изучен синдром Марфана (СМ), в классическом представлении связанный с мутациями (>2056) в гене фибриллина-1 (FBN1) и ассоциированный с высоким риском развития аневризмы аорты и/или острого аортального синдрома (ОАС). Нередко в клинической практике приходится сталкиваться с «неклассическим» фенотипом пациента для ассоциированного синдрома, когда в основу тактики ведения этих пациентов ложится «молекулярно-генетический диагноз». Современные технологии выявления генетического повреждения, лежащие в основе патогенеза той или иной болезни, предполагают подходы, основанные на одновременном параллельном секвенировании миллионов коротких фрагментов ДНК с последующей «сборкой» генома – так называемом секвенировании нового поколения (NGS, Next Generation Sequencing; massive parallel sequencing). Сравнение результатов анализа с референсной последовательностью позволяет выявить практически любые виды мутаций в масштабах всего генома или отдельных его частей.

Цель работы – индивидуализация подхода при выборе стратегии и тактики лечения у пациента с СМ на основании результатов применения высокопроизводительного секвенирования.

Материалы и методы. Пациент П., 16 лет, без активных жалоб, обследован на предмет наличия наследственных нарушений соединительной ткани из-за отягощенной наследственности по матери (в 2012 г. перенесла оперативное лечение по поводу расслаивающейся аневризмы аорты с установленным диагнозом СМ; отец и сестра здоровы). При обследовании выявлены признаки системного вовлечения соединительной ткани (10 баллов), включающие, в том числе, расширение аорты (Z-критерий – 3,89) и подвывих хрусталиков обоих глаз. На основании Гентских критериев установлен достоверный диагноз СМ. Выполнен молекулярно-генетический скрининг методом секвенирования нового поколения. TruSight® Cardio Sequencing Kit-панель выявляет 174 гена, ассоциированных с развитием 17 наследственных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Результаты. Выявлена ожидаемая мутация в гене FBN1, расположенном на 15-й хромосоме. В 62-м экзоне гена FBN1 произошла замена гуанина на тимин в положении 7664 нуклеотидной последовательности, которая

привела к замене глицина на валин в 2555-м положении аминокислотной последовательности белка (15 (62); с.G7664T; р.G2555V). При последующем генетическом анализе установлены патологические мутации (pathogenic score 0.99) в гене ACTN2 (4 (38); с.G893A; р.R298H) – ассоциированы с риском развития гипертрофической/дилатационной кардиомиопатии; в гене CRYAB (11 (1); с.C116T; р.P39L) ассоциированы с рестриктивной, гипертрофической и дилатационной кардиомиопатией, сердечной недостаточностью и дистрофическим изменением скелетных мышц. Мутация в гене CRYAB приводит к изменению структуры белка α -В-кристаллина (CryAB) из семейства белков теплового шока (heat shock protein, HSP). Изначально данный белок представлял интерес, как структурный белок хрусталика глаза, но, как оказалось, является и составным компонентом у нелентикулярных типов тканей как сердечная и скелетная мускулатура. Повреждения CryAB влияют на его внутримолекулярные, а также межмолекулярные взаимодействия (между десминином и мутантным HSPB5), что приводит к нарушению структурной функции Z-диска и развитию миофибрилярной α -В-кристаллин(-десмин) зависимой миопатии (MFM2). Одновременно отмечается потеря «шаперонной» функции CryAB/HSPB5, заключающейся в защите компонентов мышц от неблагоприятных изменений, вызванных активностью различных стресс-агентов. Болезнь характеризуется поздним началом и медленно прогрессирующим течением, развивается вследствие неправильного сворачивания белков (в кардиомиоцитах и скелетных мышцах откладываются нерастворимые белковые агрегаты, образованные ассоциированными с саркомерными CryAB-белками). Таким образом, не смотря на достоверно установленный диагноз СМ и возможность проведения превентивных хирургических технологий по коррекции аневризмы/диссекции аорты, выявлен риск развития внезапной сердечной смерти и одной из еще неманифестировавших форм кардиомиопатий – редкого аутосомно-доминантного заболевания.

Выводы. Клинический пример еще раз возвращает нас к проблемам дифференциальной диагностики и изменения стратегии долгосрочного наблюдения на основе технических возможностей высокопроизводительного секвенирования, позволяющих выявлять патогенные мутации, ответственные за возникновение генетически гетерогенных заболеваний.

Отдаленные последствия ремоделирования внеклеточного матрикса брюшной аорты крыс линии Вистар под влиянием прозерина

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

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Цель исследования – изучение динамики изменений компонентов внеклеточного матрикса (ВКМ) медиального слоя брюшной аорты у крыс линии Вистар через 1 мес после 2-недельного введения прозерина. Материалы и методы. В эксперименте 10 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 нед интраперитонеально 3 раза в сутки вводился антихолинергический препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу поле прекращения 2-недельного введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 мес после прекращения введения препарата, в течение которого животные содержались без медикаментозных и стрессовых воздействий. Контрольную серию составили 10 крыс, не

подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. В парафиновых срезах брюшного отдела аорты, окрашенных по ван Гизону, в медии с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 9 полях зрения (0,42 × 0,32 мм, площадь кадра 0,13 мм²) при увеличении ×400 с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия) производился подсчет в объемных процентах (об. %) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса брюшного отдела аорты срезы окрашивали орсеином по Шиката. Объемная плотность эластиновых волокон подсчитывалась с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 11 полях зрения (1,08 × 0,81 мм, площадь кадра 0,87 мм²) при увеличении ×400. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 99 (с) 1997 by Stat Soft, Inc.

Результаты. Через 1 мес после прекращения введения прозерина по сравнению с контрольной серией объемная плотность ВКП в медии брюшного отдела аорты уменьшилась (с 7,17 ± 0,87 об. % в контроле до 5,07 ± 0,38 об. % через 1 мес; t = 2,578, p = 0,012). Наиболее выраженное уменьшение объемной плотности ВКП через 1 мес отмечалось по сравнению с контрольной точкой 2 недели введения прозерина (с 12,31 ± 0,51 об. % через 2 нед до 5,07 ± 0,38 об. % через 1 мес t = 11,632, p = 0,0001). Объемная плотность коллагена через 1 мес после прекращения эксперимента увеличилась в 2,2 раза по сравнению с контрольной серией (с 10,17 ± 0,92 об. % в контроле до 22,36 ± 1,13 об. % через 1 мес; t = -7,049, p = 0,0001) и в 1,6 раза по сравнению с контрольной точкой 2 нед (с 14,14 ± 0,77 об. % через 2 нед до 22,36 ± 1,13 об. % через 1 мес t = -5,605, p = 0,0001). Объемная плотность эластина через 1 мес уменьшилась по сравнению с контрольной серией в 1,5 раза (с 49,87 ± 1,25 об. % в контроле до 33,54 ± 0,98 об. % через 1 мес; t = 10,250, p = 0,0001) и в 1,2 раза по сравнению с 2 нед введения прозерина (с 40,99 ± 0,84 об. % через 2 нед до 33,54 ± 0,98 об. % через 1 мес; t = 5,231, p = 0,0001).

Заключение. Таким образом, через 1 мес после прекращения 2-недельного введения прозерина регресса структурных изменений в медии брюшного отдела аорты не происходит.

Клинические рекомендации по выполнению правил техники введения инсулина для больных сахарным диабетом 2-го типа пожилого и старческого возраста

Рунова А.А., Шамова С.А., Жулина Н.И., Калининкова Л.А.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородский гериатрический центр, Нижний Новгород

Цель работы – изучение значения правил инъекций инсулина у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД-2) пожилого и старческого возраста для состояния углеводного обмена.

Материалы и методы. В 2016–2017 гг. опубликованы Международные рекомендации экспертов FITTER и Российские рекомендации по правилам инъекции инсулина у больных СД-2, которые заполнили важный пробел в управлении СД-2 и позволяют повысить эффективность терапии СД-2 и снизить частоту его острых и хронических осложнений. При несоблюдении правил инъекций инсулина увеличивается появление липогипертрофий, которые увеличивают уровень HbA1c на 0,55 %, дозу инсулина на 10,1 ед/сут; выраженность вариабельности и частоту гипогликемии (с последними в свою очередь, связан рост риска сердечнососудистых осложнений). В целях снижения образования липогипертрофий необходимы: правильная и постоянная смена мест инъекций и постоянная смена игл (при 2-кратном использовании иглы частота липогипертрофии достигает 54 %, а при

6-кратном – 85 %). При исходном осмотре и анкетировании наблюдаемых нами больных СД-2, посещавшими «Школу для больных СД» на базе Нижегородского гериатрического центра (возраст – 61–85 лет) выявлено следующее: 70 % пациентов не меняют места инъекций и имеют выраженные липогипертрофии в окологупочной области и на плече; всего 1–2 % используют иглу однократно, а более 20 % используют с одним картриджем одну иглу (а это более 15 раз). Вариабельность гликемии и частота гипогликемии значимо зависят от частоты в/м-инъекций: игла должна быть достаточно длинной, чтобы преодолеть кожу (толщина от 1,5 до 2,5 мм) до подкожно-жировой клетчатки; но достаточно короткой, чтобы не затронуть мышцу. Согласно Международным и Российским рекомендациям при 3-разовой инъекции инсулина в день в течение 3 мес встречаемость в/м-инъекций при длине иглы 8 мм достигает 42 инъекций, а при длине иглы 4–5 мм падает до 3 инъекций. При исходном анкетировании наблюдаемых нами больных было установлено следующее: почти 50 % используют иглы более 8 мм и только 18,9 % пользуются иглами 4–5 мм. При контрольном анкетировании больных через 2 мес после обучения в «Школе для больных сахарным диабетом» была отмечена положительная динамика: 37,2 % больных пользовались иглами 4–5 мм, 53,1 % – иглами 6–8 мм и только 9,7 % – иглами диаметра более 8 мм.

Клинический случай. Больная М., 83 года, поступила с жалобами на высокие колебания уровня гликемии в течение суток от 4,2 до 15 ммоль/л.; СД-2 – 35 лет; инсулинотерапия с 1997 г. доза инсулина – 82 ед/сут: ИКД 46 ед/сут (14–16–16 ед/п/з, п/об и п/у) и лантус 36 ед. в 22.00; техника введения инсулина – длина иглы 8 мм (количество инъекций на 1 иглу более 10), складку не формирует, оба инсулина вводит в окологупочную область, где уже сформированы участки липогипертрофии. Через 2 мес после обучения больной в школе проведено повторное анкетирование и обследование: пользуется иглами длиной 4 мм; постоянно меняет иглы и чередует места введения (в места липогипертрофии не вводит и выраженность последних уменьшилась); вариабельность гликемии от 6,4 ммоль/л до 8,4 ммоль/л и гипогликемии исчезли; при этом доза инсулина снижена более чем в 2 раза: общая доза 38 ед/сут: ИКД (8–8–6 ед п/з, п/об и п/у) и лантус 16 ед. в 22.00; исследованный уровень HbA1c снизился на 0,5 %. У нашей больной мы получили дополнительный эффект за счет улучшения техники инъекции инсулина: улучшилось качество жизни больной за счет снижения вариабельности гликемии и исчезновение гипогликемий; состояние углеводного обмена улучшилось при снижении дозы инсулина больше чем в 2 раза.

Выводы. Очень важно уделять внимание технике инъекций инсулина не только при индивидуальной беседе с больным и его осмотре, но и подробно останавливаться на ошибках при введении инсулина при проведении занятий в «Школе для больных СД-2». Это помогает дополнительно улучшить состояние углеводного обмена (снизить вариабельность гликемии и частоту гипогликемий у больных СД-2) не увеличивая, а даже уменьшая дозу вводимого инсулина, что особенно важно у больных пожилого и старческого возраста, учитывая коморбидность таких пациентов (сочетание СД и ССЗ).

Оценка изменений кровообращения при проведении гравитационной терапии

Рябов А.Е., Яшков А.В., Егорова Е.В., Кулагин Е.С., Шилиева Н.В., Трусов Ю.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Среди физиотерапевтических методов особое место занимает гравитационная терапия.

Целью нашего исследования стало изучение возможности применения компьютерной объемной сфигмографии (КОСГ) и фотоплетизмографии (ФПГ) для диагностики изменений кровообращения при проведении гравитационной терапии (ГрТ). Обследовано 12 больных с костно-суставными изменениями нижних конечностей (несращенные переломы, замедленная консолидация костных отломков, состояния после реконструктивных операций на нижних конечностях) без ИБС, хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета, облитерирующего атеросклероза сосудов, бронхо-обструктивной патологии (группа 2, средний возраст 47 лет). Допускалось наличие мягкой АГ. Помимо общеклинического обследования, каждому из них выполнены: КОСГ с голени, ФПГ с пальцев кисти и стопы. В качестве сравнения использовались показатели 12 практически здоровых лиц (группа 1, средний возраст 26 лет). Каждый испытуемый проходил сеанс ГрТ (средняя продолжительность 9 мин с частотой вращения 35–38 об/мин). Сотрудниками Самарского национального исследовательского университета им. С.П. Королева разработан прибор, позволяющий регистрировать ФПГ, ЭКГ и измерять АД на плече и голени в ходе проведения ГрТ. Изменялись показатели ФПГ до, в середине и в конце сеанса. В частности, коэффициенты b/a (соотношение амплитуд начальных максимума и минимума второй производной ФПГ) и FF (коэффициент формы ФПГ). Показатели КОСГ с голени оценивали до и после сеанса ГрТ. Анализ результатов КОСГ с голени показал достоверное увеличение работы сосудистой стенки в систолические фазы оттока после сеанса ГрТ в обеих группах, однако в группе 2 прирост оказался на 22 % меньше. По нашему мнению, это может быть связано с АГ у больных в группе 2. Коэффициент b/a по модулю оказался достоверно выше с нижней конечности. Прирост этого показателя в ходе сеанса ГрТ также был достоверно выше на стопе в обеих группах. Коэффициент FF, наоборот, во время сеанса ГрТ незначительно снижался на кисти и стопе, причем в большей степени на верхней конечности. Основу лечебного эффекта ГрТ составляет сочетанное воздействие умеренных величин повышенной гравитации и дозированной физической нагрузки на нижние конечности. При вращении пациентов на центрифуге под влиянием центробежных сил происходит перемещение массы крови из сосудов, расположенных в верхней части тела, в сосуды органов брюшной полости, малого таза и нижних конечностей. Такое перераспределение способствует активизации кровообращения в нижних конечностях, изменяет метаболизм тканей и осуществляет вегетативную регуляцию важнейших систем организма. КОСГ и ФПГ можно применять для оценки сосудистых изменений во время сеансов ГрТ и коррекции режимов проводимого лечения.

Анализ коморбидности у пациентов с циррозом печени

Савельева Т.В., Пименов Л.Т., Эшмаков С.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель работы – провести анализ коморбидности при циррозах печени (ЦП) различной этиологии.

Материалы и методы. Критерии включения: мужчины и женщины с ранее установленным диагнозом ЦП вирусной и алкогольной этиологии, подписанное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы. Обследовано 66 пациентов в возрасте 38–60 лет (средний возраст $49,6 \pm 10,4$ года) с ЦП. В 1-ю группу вошли 36 пациентов с ЦП вирусной (HbV и HCV) этиологии, во 2-ю – 30 пациентов с ЦП алкогольной этиологии. В соответствии классам ЦП по Child–Pugh в 1-й группе было 12 пациентов с ЦП класса А, 14 – с ЦП класса В, и 10 пациентов с ЦП класса

С, во 2-й группе – 10, 12, и 8 больных соответственно. Помимо сбора анамнеза и анализа амбулаторных карт проводились ЭКГ и холтеровское мониторирование (ХМ).

Результаты. Сопутствующая патология определялась у 36 % пациентов 1-й группы и у 70 % пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). В структуре определялись хронический гастродуоденит у 36 % пациентов 1-й группы и у 66,7 % пациентов 2-й группы, хронический некалькулезный холецистит – у 27,8 % и 43,3 %, желудочно-кишечной болезни (ЖКБ) – у 11 и 10 %, хронический панкреатит – у 22 и 46,7 % ($p < 0,05$), язвенная болезнь – у 8,3 и 3,3 %, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – у 8,3 и 30,0 %, хронический необструктивный бронхит у 13,9 и 29,7 %, хронический пиелонефрит – у 5,6 и 13,3 % пациентов, сахарный диабет – у 8,3 и 16,7 %, анемия – у 14 и 53,3 % ($p < 0,05$), полинейропатия – у 16,7 и 60,0 % ($p < 0,05$) пациентов соответственно. Бронхиальная астма была зарегистрирована у 5,6 % пациентов, остеоартрит – у 8,3 % пациентов с вирусным ЦП, мочекаменная болезнь – у 6,7 % пациентов с алкогольным ЦП. Пациенты 2-й группы чаще предъявляли жалобы на кардиалгии, перебои в работе сердца и сердцебиение, одышку при физической нагрузке и отеки ($p < 0,05$). Снижение толерантности к физической нагрузке отметили 78,6 % пациентов 1-й группы и 100 % пациентов 2-й группы. Наиболее часто кардиологические жалобы имели место у мужчин среднего возраста с ЦП алкогольной этиологии, выраженность жалоб коррелировала с активностью цитолитического синдрома. Анализ ЭКГ выявил, что синусовая брадикардия определялась у 37 % пациентов 1-й группы и у 39,1 % больных 2-й группы, синусовая тахикардия – у 18,5 и 47,8 % обследованных ($p < 0,05$), желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) – у 25,9 и 52,2 % пациентов соответственно ($p < 0,05$). ЭКГ-признаки нарушения процессов реполяризации были зарегистрированы у 29,6 % больных 1-й группы и у 65,2 % пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). Удлинение интервала QTc определялось у 15 % пациентов 1-й группы и у 34,8 % пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). Увеличение интервала QTc коррелировало с возрастом больных ($r = 0,38$, $p = 0,03$), уровнем калия и магния ($r = -0,38$; $p = 0,04$), с выраженностью печеночно-клеточной недостаточности ($r = -0,41$; $p = 0,045$). Увеличенная дисперсия интервала QT была зарегистрирована у 5,4 и 17,4 % больных соответственно ($p < 0,05$). ХМ установило наджелудочковые экстрасистолы у 25 % пациентов 1-й группы и у 60 % обследованных 2-й группы, ЖЭ – у 11 и 53 %, безболевою ишемию миокарда – у 5,6 и 16,7 % больных соответственно. Аллоритмии, пробежки желудочковой тахикардии, удлинение скорректированного QT были зарегистрированы у 16,7, 23,3, 30 % пациентов 2-й группы. Частота нарушений ритма увеличивалась с возрастом в обеих группах. Снижение variability сердечного ритма определялось у 25 % 1-й и у 70 % пациентов 2-й группы. Заключение. Наибольшее клиническое значение в сопутствующей патологии у пациентов с ЦП имеют признаки поражения сердечно-сосудистой системы что, вероятно, обусловлено общностью патогенетических механизмов.

Стресс-индуцированная артериальная гипертензия и факторы риска (клинико-эпидемиологическое исследование ведущих профессий железнодорожного транспорта Западной Сибири)

Савицкая Е.Ю., Малютин С.К.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины Сибирского отделения РАН, Новосибирск

Цель работы – изучить распространенность АГ и ее ассоциации с показателями «рабочего стресса» в организованной популяции

машинистов локомотивов Западной Сибири на примере станции Новосибирск Западно-Сибирской железной дороги (ОАО «РЖД»).

Материалы и методы. Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование (случайная выборка) машинистов локомотивных бригад ст. Новосибирск в возрасте 30–59 лет (650). Стандартное измерение АД: трехкратно после 10-минутного отдыха с вычислением средних показателей. ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ, доплерография брахиоцефальных артерий и периферических сосудов, глазное дно; липидный спектр и креатинин крови, анализ мочи (микроальбуминурия). Критерии диагностики АГ: систолическое АД (САД) > 140 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) > 90 мм рт.ст. (ВОЗ, МОАГ, 1999). Оценку показателей «рабочего стресса» проводили с помощью стандартных опросников. В баллах рассчитывалась шкала индекса «усилие–награда» (Effort/Reward, ER), и на ее основании выделяли 2 категории: $ER \leq 1$ и $ER > 1$ (наличие дисбаланса). Шкала показателя «рабочий контроль» (Job Control, JC) также рассчитывалась в баллах: от 0 (низкий уровень контроля) до 18 (высокий уровень контроля). Определены подгруппы по квартилям распределения индекса ER и JC. Соответственно показатели АГ и уровни АД сопоставляли в группах высокого и низкого контроля по квартилям. Результаты. Частота АГ среди обследованных машинистов составила 50,2 %. Среди «гипертензивных» лиц в обследуемой выборке 92,4 % были осведомлены о наличии АГ, 85 % получали гипотензивное лечение и только 10 % из них контролировали уровень АД. Показатели средних САД и ДАД и частота АГ в группах с наличием и отсутствием дисбаланса по индексу ER существенно не различались. Однако, в группе гипертензивных лиц уровень САД увеличивался во 2–4 квартилях распределения индекса ER от 139,4 мм рт.ст. в 1 квартиле до 141,0–143,1 мм рт.ст. во 2–4 квартилях ($p_{1-3} = 0,053$). Частота АГ была максимальной (100 %) в группе наиболее низкого рабочего контроля (JC) и снижалась во 2–4 квартилях до 56,0–43,0 % ($p_{1-3} = 0,038$). Этот прирост среди лиц с низким контролем сохранялся при стандартизации по другим факторам: возраст, индекс Кетле, уровень физической нагрузки, курение ($p_{1-3} = 0,038$; $p_{1-4} = 0,053$), но нивелировался при учете гипотензивного лечения.

Заключение. В исследуемой популяции железнодорожников высокая распространенность АГ. При высоких показателях осведомленности и гипотензивного лечения – контроль АД низкий. Средние уровни АД и частота АГ достоверно ассоциируют с увеличением «рабочего стресса» (по показателям дисбаланса шкалы «усилие–награда» и «рабочий контроль»). Результаты исследования указывают на необходимость повышения эффективности первичной профилактики АГ среди машинистов, работающих в условиях повышенного «профессионального риска» и организации оздоровительных комплексов на «рабочих местах».

Оценка технологии диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения больных стенокардией

Сайфутдинов Р.И., Назаров А.М., Бугрова О.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбургская областная клиническая больница, Оренбург

В настоящее время становится аксиомой, что дальнейший успех в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует ожидать от профилактики. Помимо первичной профилактики, имеющей в своей основе ограничение заболеваемости, немаловажная роль должна отводиться и реализации мер по предупреждению повторных событий и смертельных исходов (вторичная профилактика). Если рассматривать диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение больных стенокардией как профилактическую технологию, снижающую вероятность отрицательных исходов, то

необходима ее оценка. Предмет оценки медицинской технологии – данные об эффективности, безопасности и экономической целесообразности (приемлемости) медицинской технологии.

Цель исследования – оценить вторичную профилактику стенокардии как медицинскую технологию. У 17 378 больных в возрасте до 70 лет проанализировали обращения по поводу стенокардии (МКБ-120,0 – I.20.9) в поликлинику, скорую помощь (СМП) и стационар в течение 2 лет. Определили случаи стационарного лечения в связи с острым и повторным ИМ (МКБ-121.0 – I22.9) и зарегистрировали случаи смерти от ИМ у данных больных. Кроме того, рассчитали и сравнили риски ИМ, общие финансовые затраты на лечение стенокардии в поликлинике, СМП и стационаре, а также экономические потери от преждевременной смерти у больных, охваченных диспансерным наблюдением и амбулаторным наблюдением, и у пациентов, не посещавших поликлинику с диспансерной и лечебно-диагностической целью. Больных, не охваченных за 2 года диспансерным наблюдением и амбулаторным лечением, но при этом лечившихся в стационаре и/или вызвавших скорую помощь в связи со стенокардией по отношению к общему числу из 17 378 больных было 23,4 %, т. е. почти четвертая часть всех больных стенокардией. Риск развития ИМ у больных стенокардией, охваченных вторичной профилактикой в сравнение с пациентами, не посещавших в течение 2 лет поликлинику с диспансерной и лечебно-диагностической целью был в 2,3 раза меньше. При сравнении общих финансовых затрат на лечение стенокардии у больных, охваченных диспансерным наблюдением и амбулаторным лечением, и у больных, не наблюдавшихся в поликлинике, определили, что при вторичной профилактике стенокардии финансовые затраты на ее лечение снижаются в 2,1 раза за счет меньшего числа больных, требующих стационарного лечения. Кроме того, вторичная профилактика стенокардии в сравнение с нулевой стратегией профилактики в 2,2 раза снижает показатель «затраты–эффективность», когда за единицу эффективности принимается больной с положительным или нейтральным исходом, но не отрицательным.

Таким образом, диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение больных стенокардией как медицинская технология клинически эффективна и экономически целесообразна.

Взаимосвязь нарушений костного метаболизма с молекулами адгезии при ревматоидном артрите

Саритхала В.Д., Корой П.В., Ягода А.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Остеопороз при ревматоидном артрите формируется не только в области воспаленных суставов, но и системно, характеризуя его как частое внесуставное проявление болезни. Остеокальцин – витамин К-зависимый неколлагеновый белок, синтезируемый остеобластами и входящий во внеклеточный матрикс костной ткани, рассматривается как информативный маркер формирования кости и скорости «костного оборота». С другой стороны, важную роль в развитии воспалительного процесса и в тканевом ремоделировании играют молекулы адгезии.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи растворимых форм адгезинов с нарушениями ремоделирования кости при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. Обследовано 77 больных ревматоидным артритом (16 мужчин, 61 женщина) в возрасте от 20 до 66 лет. Длительность суставного синдрома была равной $9,33 \pm 0,52$ года. Содержание ревматоидного фактора IgM и антител к циклическому цитруллинированному пептиду в

сыворотке крови составило $131,50 \pm 1,08$ МЕ/мл и $242,55 \pm 22,52$ ед/мл соответственно. Активность заболевания (по данным шкалы DAS-28) была равна $5,22 \pm 0,09$. У большинства больных была диагностирована эрозивная форма болезни, III рентгенологическая стадия, II и III ФК. Контрольную группу составили 70 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию в крови остеокальцина, молекул межклеточной адгезии-1 (ICAM-1), адгезии сосудистого эндотелия-1 (VCAM-1), адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 (PECAM-1), E-, P- и L-селектинов определяли методом ИФА.

Результаты. Средние значения остеокальцина у больных и в группе контроля соответствовали общепринятой норме, тем не менее при ревматоидном артрите содержание остеокальцина в крови было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контроле. Сывороточная концентрация остеокальцина менее нижнего диапазона нормы встречалась у 24,7 % пациентов ($p < 0,05$). У больных этой группы чаще, чем у лиц с нормальными уровнями медиатора в крови наблюдались высокая активность заболевания (94,7 и 60,3 % соответственно; $p < 0,05$) и III ФК (84,2 и 41,4 % соответственно; $p < 0,05$). Значения остеокальцина выше диапазона нормы у больных ревматоидным артритом зарегистрированы не были. В случаях высокой активности воспалительного процесса, по данным индекса DAS-28, сывороточная концентрация остеокальцина была достоверно меньше ($p < 0,05$), чем при умеренной активности ревматоидного артрита, что может быть обусловлено участием цитокинов в регуляции ремоделирования костной ткани. Высокие градации функционального класса ревматоидного артрита характеризовались достоверно более низким содержанием остеокальцина в крови ($p < 0,05$). В случаях отсутствия нарушений костного метаболизма при ревматоидном артрите определялись увеличенные уровни молекул суперсемейства иммуноглобулинов и нормальные величины селектинов в крови. В группе пациентов со сниженным синтезом остеокальцина плазменные значения VCAM-1, E- и L-селектинов не отличались от контрольных величин, а концентрация ICAM-1 и P-селектина в крови была достоверно более высокой, чем у больных с нормальным сывороточным содержанием биомаркера костной ткани.

Заключение. При ревматоидном артрите наблюдается нарушение метаболизма костной ткани в виде сниженного содержания остеокальцина, ассоциированного с активностью и ФК заболевания, что свидетельствует о недостаточном усилении процессов формирования кости в ответ на активизацию ее резорбцию. Взаимосвязь нарушений ремоделирования кости с повышенными уровнями ICAM-1 и P-селектина в крови подчеркивает их вовлеченность в процессы костного гомеостаза при ревматоидном артрите.

Сердечная ресинхронизирующая терапия у пациентов с некомпактной кардиомиопатией левого желудочка

Сवेशников А.В., Воробьев А.С., Геращенко А.В., Проскурнова В.В.

*Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова,
Москва*

Введение. Несмотря на доказанную во многих исследованиях эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, применение данного метода при лечении больных с некомпактной кардиомиопатией левого желудочка остается недостаточно изученным.

Цель работы – демонстрация возможностей сердечной ресинхронизирующей терапии при некомпактной кардиомиопатии левого желудочка.

Материалы и методы. В данное клиническое наблюдение были включены 2 пациента: женщина 55 лет и мужчина 45 лет. У обоих пациентов имелись клинические симптомы, характерные для хронической сердечной недостаточности, соответствующие III и IV ФК по классификации NYHA соответственно. По данным ЭхоКГ у обоих пациентов выявлены признаки некомпактного миокарда, дилатация полостей сердца, снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) ниже 30 % (КДО 170 мл, КСО 130 мл, ФВ ЛЖ 23 % у женщины; КДО 280 мл, КСО 226 мл, ФВ ЛЖ 18 % у мужчины соответственно). Пациентам имплантированы устройства для СРТ (Protecta CRT-D, Medtronic Inc. и Paradym CRT, Sorin Group) с установкой стандартных параметров стимуляции при выписке из стационара (AV-интервал 120 мс, VV-интервал 20 мс, процент бивентрикулярной стимуляции – 98 %). Результаты. Длительность ХСН у пациентов отличалась: у женщины симптомы проявились за год до операции, у мужчины – за 2 года до операции. ФК сердечной недостаточности: III и IV по классификации NYHA соответственно. Через 12 мес наблюдения после имплантации устройств СРТ функциональный класс ХСН у женщины снизился до I, у мужчины – до II соответственно, у обоих пациентов по данным ЭхоКГ более не регистрировался некомпактный миокард, выявлено обратное ремоделирование миокарда в виде сокращения полостей сердца (КДО 100 мл, КСО 50 мл у женщины и КДО 217 мл, КСО 105 мл у мужчины соответственно), повышение ФВ ЛЖ (49 % у обоих пациентов). Заключение. В представленном клиническом наблюдении эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии у пациентов с ХСН на фоне некомпактной кардиомиопатии ЛЖ позволяет отнести данную когорту пациентов к «суперреспондерам», более того, в отдаленном послеоперационном периоде у этих пациентов, по данным ЭхоКГ, признаки некомпактного миокарда ЛЖ более не регистрировались.

Кардиоренальные и кардиометаболические параллели у лиц с ишемической болезнью сердца в процессе формирования потенциально жизнеспособного миокарда

Семенов А.В., Семенова И.А., Бармина С.С.

Северный государственный медицинский университет, Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич, Архангельск

Кардиометаболический синдром, как и кардиоренальный континуум, являются устоявшимися понятиями современной медицины. Сочетание признаков, входящих в понятие данных синдромов, ухудшает прогноз при АГ, ИБС, хронической сердечной недостаточности.

Цель работы – оценить возможную взаимосвязь отдельных параметров кардиометаболического и кардиоренального синдромов с гибернирующим миокардом левого желудочка (ЛЖ) у лиц с выраженным поражением коронарного русла и тяжелым течением ИБС. Задачи:

1. Провести анализ историй болезней больных кардиохирургического отделения ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» с проведенным аортокоронарным шунтированием (АКШ).
2. Выделить пациентов с признаками возможной гибернации миокарда по данным исследований.
3. Оценить вероятную связь кардиометаболического и кардиоренального синдромов с гибернацией миокарда ЛЖ у лиц с хронической ИБС и выраженным стенозирующим поражением коронарного русла.

Материалы и методы. В работе проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступавших для проведения АКШ за период с июня по декабрь 2016 г. (n = 33). Оценивалось наличие или отсутствие участков гипокинезии ЛЖ до и после операции. Для определения

возможной связи с гибернацией оценивались такие показатели, как возраст, пол, лейкоциты, гемоглобин, СОЭ, холестерин (ХС), ЛПНП, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), ТГ, фибриноген, СРБ, глюкоза крови натощак, креатинин, натрий, калий, протеинурия, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), наличие ожирения, сахарного диабета 1-го и 2-го типов, АГ, хроническая обструктивная болезнь легких. Полученные данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 17.0.

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы: с гибернацией ЛЖ и с отсутствием гибернации. После анализа и обработки данных были получены следующие результаты. В 54,5 % случаев имелся гибернирующий миокард. В группе пациентов с потенциально жизнеспособным миокардом уровень фибриногена значительно выше с очень близкой достоверностью (p = 0,084). Кроме того, в отношении протеинурии определялась слабая, но достоверная (p = 0,04) корреляция (r = -0,365) с наличием гибернирующего миокарда. Далее общая когорта больных была разделена по возрасту, полу и наличию ожирения. У лиц в различные возрастные периоды выявлена достоверная взаимосвязь возраста и диагностированным в ходе исследования потенциально жизнеспособным миокардом. Пациенты с ИБС имеют такие взаимосвязанные параметры, как гибернация и высокий уровень ХС ЛПНП (p = 0,007, r = 0,889) – для пациентов средней возрастной группы (44–60 лет). Также высокую степень корреляции (p = 0,041, r = -0,894) имеют гибернация и СКФ – для пациентов старческой возрастной группы (76–90 лет). Среди пациентов женского пола связь с наличием гибернации имели такие показатели, как СОЭ (p = 0,000, r = 0,854), уровень фибриногена (p = 0,023, r = 0,621), уровень ТГ (p = 0,050, r = 0,631), уровень калия (p = 0,05, r = -0,551) и уровень протеинурии (p = 0,009, r = 0,693). Среди пациентов мужского пола достоверных результатов получено не было. В группе пациентов, имеющих ожирение (I–II степень), определялась достоверная связь гибернации с ХС ЛПНП (p = 0,000, r = -0,972), уровнем ТГ (p = 0,043, r = -0,681), уровнем фибриногена (p = 0,036, r = 0,609) и АГ (p = 0,049, r = 0,577). Выводы. 1. В общей когорте больных достоверно гибернация имела корреляцию только в отношении протеинурии. 2. Для пациентов среднего возраста достоверно определялась прямая корреляция более высокого уровня ХС ЛПНП с наличием гибернации. В отношении старческой возрастной группы достоверно снижение вероятности гибернации при более высокой СКФ. 3. Для пациентов женского пола доказана более высокая вероятность гибернации при наличии высокого СОЭ, высокого уровня фибриногена, высокого уровня ТГ, низкого содержания калия, отсутствия протеинурии. 4. Для пациентов, страдающих ожирением достоверно чаще гибернация развивается при наличии низкого уровня ХС ЛПНП, низкого уровня ТГ, высокого содержания фибриногена, отсутствии АГ.

Влияние возраста и пола больных Гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на изменение качества жизни в первый месяц после очередного обострения

Семикина Т.М., Куницына М.А., Жукова Е.В.

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

Цель исследования – оценить динамику восстановления качества жизни больных ГЭРБ с помощью опросника SF-36 в течение 1-го месяца после очередного обострения с учетом пола и возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 46 больных ГЭРБ. Катаральный эзофагит был зарегистрирован у 12 обследованных и 34 больных имели эрозивные изменения в пищеводе. Диагностика ГЭРБ базировалась на современных методах и опиралась на классификационные

критериев, предложенные Международной группой по изучению рефлюксной болезни (2008). Качество жизни больных оценивалось с помощью опросника SF-36 двукратно: после наступления клиники ремиссии и при отсутствии рецидива через 1 мес.

Результаты. В большинстве случаев ГЭРБ имеет хроническое рецидивирующее течение. При достижениях в ходе лечения качество жизни больных начинает улучшаться, но указанный процесс не реализуется мгновенно, а занимает некоторое время, в ходе которого наблюдается полное восстановление здоровья – как физической, так и эмоциональной сферы. Скорость восстановления здоровья у больных ГЭРБ зависит как от индивидуальных психофизиологических характеристик организма, так и от социальных показателей, указывающих на его возраст и половую принадлежность. Результаты исследования показали, что максимальные изменения по шкале психического здоровья опросника SF-36 наблюдались у лиц старше 51 года, в то время по шкале физического здоровья в молодом и среднем возрасте до 50 лет показатели по шкалам жизнеспособности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья за 1 мес у больных старше 50 лет увеличивались в среднем на $9,8 \pm 0,8$ ед, в то время как в возрастной группе до 50 лет – на $3,1 \pm 1,2$ ед ($p < 0,05$). В то же время по шкалам физического здоровья наблюдалась обратная тенденция. Показатели физического здоровья у больных старше 50 лет увеличились на $2,6 \pm 0,4$ ед при значениях данного показателя в группе больных <50 лет на $12,6 \pm 1,8$ ед. Важно отметить, что в целом качество жизни в течение 1 мес после наступления клинической ремиссии ГЭРБ у женщин возрастала более существенно. Показатели физического функционирования у женщин увеличивались на 18,6 %, ролевого физического функционирования – на 21,8 %, интенсивность боли – на 1,6 %, общее состояние здоровья – на 15,8 %, жизнеспособности – на 31,7 %, социального функционирования – на 16,9 % и психического здоровья – на 21,7 %. В группе мужчин перечисленные изменения составляли: 8,7, 11,2, 0,6, 8,4, 12,6, 15,4 и 12,1 % соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. 1. В стадии клинической ремиссии ГЭРБ наиболее быстрое восстановление психического здоровья по шкалам опросника SF-36 наблюдается в группе больных после 50 лет, по шкалам физического здоровья у лиц до 50 лет. 2. Впервые 4 нед после достижения клинической ремиссии ГЭРБ показатели качества жизни у женщин возрастает более существенно, чем у мужчин.

Тромбоэмболия легочной артерии на фоне нефротического синдрома

Сентякова Т.Н.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – тяжелая, часто встречающаяся патология в клинической практике врачей разных специальностей. ТЭЛА имеет высокий показатель смертности, причины которой кроются в несвоевременной диагностике, а также неадекватном лечении. Для улучшения прогноза ТЭЛА важно знание причин ее развития и воздействие на факторы риска. Зная, какие заболевания и состояния наиболее опасны в отношении развития тромбозов и эмболий, врач может максимально снизить вероятность ТЭЛА у своих пациентов, а также своевременно заподозрить эту патологию даже, казалось бы, вне очень типичных случаев. В качестве одного из таких нетипичных случаев приводим наше клиническое наблюдение.

Материалы и методы. Данные клинического, лабораторного и инструментального обследований больной, у которой ТЭЛА развилась на фоне нефротического синдрома (НС).

Результаты. В пульмонологическое отделение госпитальной терапевтической клиники 29.12.2016 поступила больная Р., 36 лет, с диагнозом направления пневмонии, с жалобами на боль в груди, одышку, кровохарканье. Примерно за месяц до госпитализации отмечала отечность голеней, за 2 неде до госпитализации появились боль в правой половине грудной клетки, одышка, мокрота с прожилками крови, за 2–3 дня до госпитализации повысилась температура тела до 39 °С. Обратилась в поликлинику 29.12.2016, дано экстренное направление на госпитализацию. Из анамнеза: в детстве подозревался ревматизм, но с учета была снята, в последующем отмечала эпизоды артралгий, в летнее время эпизоды солнечных ожогов. В 2012 г. перенесла тромбоз правого плеча, в сентябре 2015 г. – ишемический инсульт с парезом правой руки. В течение 2 лет АГ с подъемом АД до 160/90. Объективно состояние тяжелое, одышка в покое, отечность стоп, голеней, температура тела 38,7 °С, АД 110/70 мм рт.ст., тахикардия, тоны сердца приглушены на верхушке, акцентированы на основании, перкуторно укорочение легочного звука справа в задне-нижне-боковых отделах, хрипы не прослушивались, печень выступала из-под края реберной дуги на 1 см. В общем анализе крови (ОАК) при поступлении лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, в общем анализе мочи (ОАМ) протеинурия 1 г/л. ОРОГК: объем правого легкого уменьшен за счет выпота в плевральной полости; в проекции средней и нижней долей инфильтративные изменения. Несмотря на антибактериальную терапию отмечены очень торпидное течение инфильтративных изменений в легких, сохранение ДН, повторяющиеся эпизоды кровохарканья. 12.01.2017 проведена МСКТ грудной клетки с контрастированием, выявлена картина субмассивной ТЭЛА нижнедолевой ЛА, сегментарных артерий нижней доли справа, инфаркт пневмония S9, правосторонний гидроторакс. К лечению добавлен нефракционированный гепарин. При динамическом исследовании отмечено нарастание протеинурии до 8 г/сут, гипоальбуминемии, резкое повышение D-димера. При УЗИ периферических сосудов, МСКТ с контрастированием органов брюшной полости источника эмболии не выявлено. В круг дифференциального диагноза включены первичный и вторичный АФС-синдромы, первичные и вторичные нефропатии. По данным иммунологического исследования обнаружены АНФ и антифосфолипидные антитела. Диагностирована СКВ, к лечению добавлены преднизолон и делагил. Под влиянием комплексного лечения удалось купировать проявления ТЭЛА и существенно уменьшить проявления НС. При стабилизации состояния 11.04.2017 осуществлена нефробиопсия, констатированы мембранозный волчаночный нефрит, класс V (по классификации ISN/RPS, 2004 г.), в капиллярных стенках клубочков мелкогранулярная экспрессия IgG, C3, C1q, k-, l-, в мезангии – мелкогранулярная IgM. К лечению добавлен азатиоприн. На контрольном осмотре в июле 2017 г. – регресс нефротического синдрома, по МСКТ – формирование участка фиброза в зоне перенесенной инфаркт-пневмонии. Заключение. В развитии ТЭЛА у лиц молодого возраста следует учитывать вероятность НС, причиной которого могут быть первичные и вторичные заболевания почек. В приведенном клиническом случае причиной ТЭЛА послужила СКВ в сочетании с АФС, НС.

Исследование приверженности к лечению больных артериальной гипертензией

Сергеева А.В., Ткачева А.В., Николаенко О.В.

*Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург*

Цель исследования – выявление факторов, способствующих низкой приверженности у больных, определение их значимости и разработка методов эффективной коррекции АД. Задачи:

1. Анкетирование больных в рамках акции «Узнай свое АД».
2. Выявление группы больных с низкой приверженностью, разработка методов повышения эффективности лечения АГ.
3. Проведение школы здоровья для группы с низкой приверженностью «Все о гипертонической болезни».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Поликлиники № 1 МАУ ГКБ № 7. Было проведено анкетирование, включающее оценку антропометрических данных, наличия факторов риска АГ (курение, пол, возраст, ожирение, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)), анамнеза заболевания, наличия сопутствующих патологий, осведомленности об осложнениях заболевания. Мы оценивали приверженность к лечению (по шкале Мориски–Грина) и качество жизни больных, дополнив анкету вопросами о субъективном представлении о своем состоянии здоровья. В нашем исследовании участвовали 63 человека (8 мужчин, 55 женщин) с гипертонической болезнью в анамнезе. Возраст пациентов – 54–90 лет (средний – 71 ± 8,5 года). При оценке достоверности влияния факторов на приверженность к лечению использовался критерий Стьюдента ($p \leq 0,05$) с помощью программы StatSoft Statistica v10.0.

Результаты. Из 63 опрошенных 3 имели вредную привычку – курение в анамнезе, что отрицательно сказывается на течении заболевания. Мы разделили пациентов на 2 группы в зависимости от достижения целевых значений АД (140/90 мм рт.ст., при сопутствующем сахарном диабете (СД) – 135/85 мм рт.ст.). Группа пациентов, достигших целевых значений АД, 37,5 % (9 человек) страдают ожирением, предожирение у 37,5 % (9 человек). Отягощенный анамнез по ССЗ имеют 33,3 % (8 человек). Малоподвижный образ жизни (МОЖ) ведет 41,7 % (10 человек) пациентов. Сопутствующие заболевания у компенсированных по АГ: СД 2-го типа (20 %), аритмия, гипотиреоз, онкологические заболевания. 75 % из этой группы осведомлены об осложнениях АГ – инсульт или ИМ. По опроснику 41,6 % (10 человек) привержены к антигипертензивной терапии (АГТ), а 45,8 % оценили качество жизни как хорошее. 39 пациентов были с декомпенсированной АГ: АГ III степени – у 15,4 % (6 человек), АГ II степени – у 28,2 % (11 человек). Страдали от данной патологии больше 10 лет 27 человек (69,2 %). Ожирение было выявлено у 46,2 % (18 человек), 23,3 % (8 человек) имели предожирение. Отягощенный анамнез по ССЗ у 79,2 % (19 человек), 61,5 % (24 человека) ведут МОЖ. Сопутствующие патологии: СД (30,7 % – 12 человек), гипотиреоз, ФП, онкология. 53,8 % принимали несколько препаратов вместо фиксированной комбинации, у одного терапия нерациональная (верапамил + бисопролол). Осведомлены об осложнениях АГ из группы с повышенным АД – 33 % (13 человек), качество жизни 46,2 % оценивают ниже среднего, 28,2 % – удовлетворительно, 46,2 % привержены к АГТ. При оценке 2 групп пациентов была определена зависимость течения заболевания от возраста ($p = 0,009$, $p < 0,05$). Несмотря на то, что результаты опросника показали схожие результаты по приверженности, нельзя говорить о достоверности этих данных. Сравнение 2 групп позволяет предположить наличие связи между физической активностью и декомпенсацией АГ. Более низкая осведомленность о последствиях АГ и полипрагмазия снижают приверженность. Для повышения эффективности лечения была проведена Школа Здоровья на базе Поликлиники №1 ГКБ № 7. Школа проводилась для пациентов, не достигших целевых значений АД, а также для желающих узнать новую информацию о своем заболевании.

Выводы. Меньше половины пациентов выполняют рекомендации врача в полном объеме. Оценка приверженности была основана на субъективных данных, поэтому показатель может быть ниже по причине того, что две трети пациентов не достигли целевых значений АД при наличии врачебных рекомендаций. Низкий показатель приверженности к лечению можно связать со степенью осведомленности об АГ. Для повышения информированности о собственном заболевании и, как следствие, для увеличения эффективности лечения, рекомендуем

не только обеспечить пациента наглядными материалами (памятки, брошюры, дневники АД), но и привлекать их для посещения Школы Здоровья. Знания о своем заболевании могут послужить фундаментом для формирования ответственного отношения к терапии АГ, а значит, повышению приверженности этой терапии и более эффективному контролю АД.

Различия эффектов верапамила SR и амлодипина при лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью

Середа А.Ф., Канорский С.Г.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель исследования – сравнение эффективности верапамила и амлодипина при лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у пациентов с гипертонической болезнью. В исследовании участвовали 167 больных в возрасте от 48 до 70 лет с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ II–III ФК по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца на фоне гипертонической болезни III стадии. Лечение АГ проводили, переводя больных на прием периндоприла, титруя дозу от 2,5 до 10 мг 1 раз в сутки с добавлением к нему после рандомизации верапамила SR в дозе 120–240 мг 1 раз в сутки ($n = 85$) или амлодипина в дозе 2,5–10 мг ($n = 82$) до достижения офисного АД ниже 140 и 90 мм рт.ст. Комплексное обследование больных проводилось исходно и через 12 мес подобранной терапии, кроме общеклинического исследования включало: стандартную ЭКГ в 12 отведениях; 6-минутный тест ходьбы; оценку клинического состояния при ХСН (шкала ШОКС в модификации В.Ю. Мареева), оценку качества жизни с использованием Миннесотского вопросника (MLHFQ); определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови, ЭхоКГ в M- и V-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую доплерографию по стандартным рекомендациям с определением общепринятых показателей. В обеих группах у всех обследованных доза периндоприла составляла 10 мг/сут. Для достижения и поддержания целевого уровня АД в большинстве случаев применяли верапамил SR в дозе 240 мг/сут (76,5 % случаев), а амлодипин – 5 или 10 мг/сут (46,3 и 43,9 % случаев соответственно). При этом отмечалась ожидаемая разнонаправленная динамика средней частоты сердечных сокращений в сопоставлявшихся группах. Среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой, существенно увеличивалось при лечении, включавшем как верапамил SR (на 15,1 %), так и амлодипин (на 18,2 %; $p > 0,05$ при сравнении с группой верапамила SR). Оба препарата обеспечивали улучшение клинического состояния и качества жизни. Уровень NT-proBNP существенно снижался только в группе амлодипина, что соответствовало его антиремоделирующему эффекту (уменьшение индекса объема левого предсердия, конечного диастолического размера и гипертрофии ЛЖ). Отношение пиковых скоростей раннего и предсердного наполнения ЛЖ существенно повышалось в обеих группах, но другие более специфичные показатели диастолической функции ЛЖ (максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу и отношение максимальная скорость раннего диастолического наполнения/максимальная скорость диастолического подъема основания ЛЖ в раннюю диастолу) улучшались только при длительном лечении амлодипином. Таким образом, при лечении ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ у пациентов с гипертонической

болезню амлодипин, по меньшей мере, не уступает верапамилу SR в способности повышать толерантность к нагрузке и превосходит его в улучшении диастолической функции ЛЖ, может оказаться перспективным при наличии хронотропной некомпетентности.

Связь полиморфизма генов, отвечающих за метаболизм липидов и оксида азота с острым повреждением почек у пациентов с инфарктом миокарда

Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Федоров А.Н., Скородумова Е.Г.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель работы – оценить влияние полиморфизма генов на клиническое течение ИМ у больных с острым повреждением почек (ОПП) на госпитальном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 86 пациентов, лечившихся в ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2016 г. по поводу ИМ. Мужчин – 60,2 %, женщин – 39,8 %. Средний возраст $62,1 \pm 4,2$ года. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую (I) вошли 34 больных с ИМ и ОПП. Во вторую (II) – 52 человека с ИМ, но без ОПП. Выборки были сопоставимы по полу и возрасту. Выявление полиморфизма генов основано на анализе геномной ДНК человека, выделенной из лейкоцитов крови, методом полимеразно цепной реакции SNP-ЭКСПРЕСС ООО НПФ «Литех». Результаты статистически обработаны.

Результаты. Ген APOE Leu28Pro, мутация которого приводит к изменению структуры молекулы аполипопротеина, нарушает механизм липидного обмена и потенцирует гиперлипидотемию. Мутированный аллель в I группе встречается у 26,5 % человек, из них в гомозиготном состоянии – у 5,9 %, во второй группе – у 21,2 %, из них в 1,9 % – гомозигота, достоверной разницы между выборками нет, $p > 0,05$. Важно отметить, что клинически ИМ у 3 пациентов с гомозиготой по APOE протекал значительно тяжелее: у 2 был отек легких и у 1 больного – фибрилляция желудочков. Ген чувствительности к клопидогрелю, CYP2C19 G681A – в первой группе аллель G определялся у 44,1 % пациентов, во второй – у 21,3 %, $p < 0,05$. Ген CYP2C19 Trp21Ter также вызывает нарушение метаболизма клопидогреля. В I выборке у 14,7 % больных, в контроле 5,8 %, $p > 0,05$. Полиморфизм гена SLCO1B1 Val174Ala замедляет перенос статинов в гепатоциты, тем самым способствует накоплению их в крови. Мутированный аллель обнаружен у 58,8 % человек с ИМ и ОПП и у 51,9 % во II группе, достоверной разницы не обнаружено, $p > 0,05$. Однако гомозигота по аллелю 2 у этих пациентов достоверно чаще встречается в первой выборке 14,7 %, против 3,8 %, $p < 0,05$. Ген NOS3 C786T, ответственный за выработку NO, снижение его концентрации приводит к дисфункции эндотелия. Мутация аллеля достоверно чаще встречается в I группе 58,8 %, как в гетерозиготном, так и в гомозиготном положении, по сравнению со II – 38,5 %, $p < 0,05$. Q-ИМ в первой группе диагностирован в 52,9 %, во второй – 53,8 % случаев, $p > 0,05$. Не Q-ИМ в I – 47,1 %, во II – 46,2 %, достоверной разницы между выборками не выявлено, $p > 0,05$. ИМ в прошлом перенесли 32,4 % пациентов первой выборки, 15,4 % – второй, $p < 0,05$. Гипертоническая болезнь диагностирована у 98,9 % больных общей группы. При анализе случаев острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip II класса статистически значимая разница отмечалась между I группой 32,4 % и контролем 11,5 %, $p < 0,01$. ОСН Killip III–IV классов в 3 раза чаще наблюдалась у пациентов с ИМ и ОПП – 23,3 %, относительно II – 7,0 %, $p < 0,05$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по Нью-

Йоркской классификации NYHA – II ФК – чаще встречалась у больных I выборки – 55,9 %, против 67,4 % во второй, $p > 0,05$. ХСН NYHA III–IV ФК также преобладала у пациентов с ИМ и ОПП – 32,4 %, II – 15,4 %, $p < 0,05$. Желудочковые нарушения ритма высоких градаций значительно чаще регистрировались в группе с ИМ и ОПП (35,3 %) по сравнению с контрольной выборкой (19,2 %, $p < 0,05$). Рецидивы ОКС в 3 раза чаще встречались в первой группе 17,6 %, относительно группы контроля 5,8 %, $p < 0,05$. Следствием более тяжелого течения ИМ у больных с ОПП являлись высокие цифры госпитальной летальности: I – 20,6 %, II – 7,7 %, $p < 0,05$. Выводы. 1. Ген APOE Leu28Pro достоверной разницы между группами не получено. 2. Гены CYP2C19 G681A чувствительности к клопидогрелю достоверно чаще встречается у пациентов с ИМ и ОПП. 3. Ген SLCO1B1 Val174Ala, ответственный за метаболизм холестерина достоверно больше в гомозиготном варианте у больных с ИМ и ОПП. 4. Ген NOS3 C786T, ответственный за выработку NO достоверно чаще встречался в первой группе. 5. У пациентов с ОПП и ИМ достоверно чаще выявляются генетические мутации, что в значительной степени отягощает течения ИМ в госпитальный период, достоверно увеличивая количество случаев: как ОСН так и ХСН, желудочковых аритмий, рецидивов ОКС и летальных исходов.

Вариабельность артериального давления у женщин с коррегированной и некоррегированной артериальной гипертензией в перименопаузе

Сидорова Н.В.

Дорожная клиническая больница на ст. Нижний Новгород поликлиника № 1, Нижний Новгород

Цель работы – оценить вариабельность АД у женщин в перименопаузе с АГ и нормальным АД, и дать практические рекомендации. Задачи: сравнить показатели вариабельности АД по результатам проведенного суточного мониторирования АД у женщин в перименопаузе с коррегированной и некоррегированной АГ и женщин с нормотонией.

Материалы и методы. Обследовано 64 женщины с эссенциальной АГ, средний возраст $51,2 \pm 2,6$ года. АГ I степени зарегистрирована у 17 женщин, у 35 женщин АГ соответствовала II степени, у 12 женщин АГ соответствовала III степени. У 36 женщин (1 группа) АД было коррегировано на фоне гипотензивной терапии фиксированной комбинацией амлодипина, индапамида и периндоприла в дозировке 5/2,5/5 мг и в дозировке 5/2,5/10 мг. У 28 женщин было некоррегированное АД (2 группа). Во 2 группе 11 человек имели АГ I степень и 17 человек – АГ II степени. Группу сравнения составили 32 женщины в перименопаузе с нормотонией в возрасте $50,6 \pm 2,1$ года. Всем обследованным проведено суточное мониторирование АД на аппарате BP Lab (Россия) с оценкой показателей суточного циркадного ритма АД, показателей краткосрочной вариабельности (STD), показателей хронобиологического анализа АД (мезора, амплитуды и акрофазы среднесуточного, дневного и ночного САД и ДАД) величины и скорости их утреннего подъема.

Результаты. У женщин с коррегированной АГ в 1 группе обследуемых нарушение суточного циркадного САД и ДАД зарегистрировано у 4 человек (12 % случаев): 2 человека являлись нон-дипперами и 2 человека овер-дипперами. Во 2-й группе обследуемых нарушения суточного циркадного ритма имели место у 25 человек (89,3 % случаев). У 12 человек зарегистрировано недостаточное снижение ночного САД и у 6 человек недостаточное снижение ДАД (нон-дипперы). У 7 человек отмечалась ночная гипертензия (у 4 человек с повышением САД, у 3 – с повышением ДАД (найт-пиккеры). Пульсовое АД было ниже у всех

обследуемых 2-й группы в сравнение с обследуемыми 1-й группы. Показатели краткосрочной вариабельности АД (STD) были достоверно выше у обследуемых второй группы в 100 % случаев в сравнении с обследуемыми первой группы. У женщин в перименопаузальном периоде с некоррегированной АГ нарушение циркадианного ритма выражалось более высокими значениями мезора и амплитуды среднесуточного, дневного и ночного как САД, так и ДАД. Отмечался широкий разброс значений акрофазы средних значений САД и ДАД. Отмечено повышение величины и скорости их утреннего подъема САД и ДАД. В группе женщин в перименопаузе с нормотонией в сравнении с группами женщин в перименопаузе с коррегированной и некоррегированной АГ отмечались достоверно более низкие показатели вариабельности АД. Нарушение суточного циркадного ритма зарегистрировано только у 4 человек (14 % обследуемых: 3 нон-диппера и 1 найт-пиккер). Показатели краткосрочной вариабельности у всех обследуемых были в пределах нормальных значений. Только у 5 человек (17 %) обследуемых отмечено повышение показателей утренней динамики АД: у 2 обследуемых повышение величины и 3 обследуемых – скорости САД либо ДАД. Показатели хронобиологического анализа характеризовались достоверно более низкими значениями мезора и амплитуды САД и ДАД.

Выводы. АГ у женщин в перименопаузе – это полиэтиологический фактор, который характеризуется достоверным и значительным увеличением вариабельности САД и ДАД по результатам оценки показателей суточного мониторинга АД. Достоверно чаще, чем у женщин с нормотонией отмечается нарушение суточного циркадного ритма САД и ДАД, повышение показателей краткосрочной вариабельности САД и ДАД, а также ухудшение показателей утренней динамики АД и нарушение хронобиологических характеристик суточного профиля САД и ДАД. При проведении эффективной адекватной гипотензивной терапии фиксированной комбинацией гипотензивных препаратов (амлодипин, индапамид, периндоприл) показатели вариабельности САД и ДАД сравнимы с группой нормотоников. В связи с тем, что вариабельность АД является независимым предиктором поражения органов-мишеней АГ и ФР развития сосудистых катастроф у больных АГ, а перименопауза является состоянием, способствующим повышению вариабельности АД, необходимо проводить тщательную оценку показателей вариабельности АД по результатам СМАД у всех женщин в перименопаузе – как имеющих АГ, так и у женщин с нормотонией.

Гендерные особенности хронической болезни почек у лиц старческого возраста и долгожителей

Сизов В.В., Чорбинская С.А.

Поликлиника № 1 Управления делами Президента, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента, Москва

Цель работы – изучить распространенность хронической болезни почек и характер сердечно-сосудистых осложнений у мужчин и женщин старших возрастных групп. Материалы и методы. Выполнен анализ данных амбулаторных историй болезни 166 пациентов (74 мужчин и 92 женщины, 78 лиц старческого возраста и 88 долгожителей) при случайной выборке среди прошедших диспансерное обследование в 2016 г. Распределение мужчин и женщин в группах лиц старческого возраста и долгожителей не различалось.

Результаты. Согласно критериям национальных рекомендаций «Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции», хроническая болезнь почек (ХБП) диагностирована

у всех, включенных в исследование, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м², рассчитанной по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology (CKD-EPI), выявлено у 77 % мужчин и 75 % женщин ($p > 0,05$). Признаки повреждения почек при ультразвуковом исследовании отмечались у 23 % мужчин и 22 % женщин, повышение уровня креатинина выявлено у 28,4 % и 15,2 % ($p = 0,04$), уровня мочевой кислоты крови – у 13,5 % и 6,5 % соответственно ($p > 0,05$); протеинурия определялась у 19 % мужчин и 23 % женщин ($p > 0,05$). Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин: гипертоническая болезнь (ГБ) – 29,5 %, артериальная гипертензия атеросклеротического генеза (АГ) – 70,5 %, постифарктный кардиосклероз (ПИКС) – 23 %, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 2А – 40,5 %, ХСН 2Б – 33,8 %, ХБП 2 стадии (ст.) – 23 %, ХБП 3А ст. – 37,8 %, ХБП 3Б ст. – 25,7 %, ХБП 4 ст. – 10,8 %, ХБП 5 ст. – 2,7 %, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – 9,4 %, атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия (АДЭ) – 60,8 %. Распространенность ССЗ у женщин: ГБ – 43,5 %, АГ АГ – 56,5 %, ПИКС – 16,3 %, ХСН 2А – 40,2 %, ХСН 2Б – 19,5 %, ХБП 2 стадии – 25 %, ХБП 3А стадии – 38 %, ХБП 3Б стадии – 29,3 %, ХБП 4 стадии – 5,4 %, ХБП 5 стадии – 2,1 %, ОНМК – 2,1 %, АДЭ – 55,4 %. У женщин достоверно чаще наблюдалась ГБ ($p = 0,04$), чем у мужчин, у которых чаще выявлялась ХСН 2Б стадии ($p = 0,02$). Другие сердечно-сосудистые заболевания и ХБП у мужчин и женщин выявлялись с одинаковой частотой. Выводы. Распространенность ХБП у мужчин и женщин старческого возраста и долгожителей не различалась. Все обследованные лица старческого возраста и долгожителей имели артериальную гипертензию, однако у женщин чаще выявлялась ГБ, чем АГ. Мужчины с ХБП имели более высокий уровень креатинина, чем женщины и чаще страдали ХСН 2Б стадии.

Особенности течения плазмоклеточных дискразий: семейный случай

Синельникова А.Н., Бахарева Ю.С.

Центр по лечению больных с острой почечной недостаточностью, Городская клиническая больница № 34, Новосибирск

Введение. В настоящее время стали широко изучаться плазмоклеточные заболевания с неизвестной этиологией, характеризующиеся диспропорциональной пролиферацией одного клона В-клеток, наличием структурно и электрофоретически моноклональных иммуноглобулинов или полипептидов в сыворотке крови или моче. Идея: Нами представлено клиническое наблюдение двух пациентов в рамках одной семьи (муж и жена). У мужа верифицирована макроглобулинемия Вальденстрема, у жены – миеломная болезнь. Из анамнеза известно, что в течении пяти лет пациенты работали дизайнерами, отмечалась профессиональная вредность, обусловленная применением токсических агентов (краска, лак и т. д.).

Цель работы – оценить особенности течения плазмоклеточных дискразий, в зависимости от преобладания поражения почек или костной системы. Материалы и методы. Пациент Б., 58 лет, поступил с жалобами на одышку, боли в области сердца, головные боли, отеки голеней, боли в нижних конечностях при ходьбе. Из анамнеза установлено, что в 2009 г. верифицирован диагноз Макроглобулинемия Вальденстрема (МВ), проведен один курс полихимиотерапии (ПХТ). В дальнейшем амбулаторно не наблюдался. В августе 2016 г. ухудшение состояния: анемия тяжелой степени, высокий уровень общего белка, диспротеинемия (гипергаммаглобулинемия), гиперазотемия: креатинин 1229 мкмоль/л, мочевины 55 ммоль/л, пиелокалькуретерозаэктазии с обеих сторон, переведен в урологическое отделение, где была проведена двухсторонняя

чрескожная пункционная нефростомия, в дальнейшем – в центр острой почечной недостаточности в целях продолжения курсов ПХТ бортезомибом и сеансов гемодиализа (ГД), на фоне проводимой терапии появились жалобы на боли в поясничной области, лихорадка до 38 С, кашель, усиление одышки, рентгенологически подтверждена двусторонняя полисегментарная пневмония, усилена антибактериальная терапия с положительным эффектом в виде уменьшения отхождения мокроты, одышки, нормализации температуры тела, восстановление темпа диуреза, уменьшение болевого синдрома. Но несмотря на восстановленный темп диуреза, сохранялась потребность в гемодиализе, была констатирована трансформация в терминальную хроническую почечную недостаточность. Поражения костной системы у пациента при обследовании не выявлено. Пациентка Н, 59 лет, жена наблюдалась по поводу множественной миеломы, диффузно-очаговой формы с 2007 г., проведено 4 курса ПХТ по схеме VAD. Пациентка не могла передвигаться ввиду тяжелой костной патологии: множественные очаги деструкции и остеолитических очагов, несколько компрессионных переломов позвоночника, диффузный остеопороз тяжелой степени (Т-критерий по данным денситометрии –2 SD). При оценке функциональной способности почек: патологии не выявлено.

Результаты. в нашем случае возраст и пол пациентов характерен для группы риска развития плазмоклеточных заболеваний. Наше наблюдение представляет интерес ввиду различий в течении заболеваний (превалирующее поражение костной системы или вовлечение в патологический процесс почек с быстро прогрессирующей утратой функции), несмотря на единый этиопатогенез. Учитывая полиморфность клинических проявлений и течения описываемых патологий, в настоящее время разработаны строгие диагностические критерии плазмоклеточных дискразий. Необходимость комплексного обследования больных определяется клиническими проявлениями заболевания, которые зависят от особенностей течения и стадий парапротеинемических гемобластозов.

Применение ортостатической пробы для прогнозирования развития артериальной гипертензии у лиц молодого возраста

Склянная Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Цель исследования – оценка роли ортостатической пробы в оценке риска развития АГ у молодых лиц с нормальным исходным уровнем АД. Материалы и методы. Объектом проспективного наблюдательного исследования послужили 840 молодых лиц в возрасте от 20 до 29 лет с нормальным уровнем АД. Всем обследуемым выполнялась активная 10-минутная ОП. В последующем обследуемые наблюдались в течение 5 лет. По уровню АД были выделены 2 группы: 1 группу составили пациенты с АГ (АД 140/90 мм рт.ст. и выше), 2 группу – обследованные, у которых уровень АД был в пределах нормы (ниже 140/90 мм рт.ст.).

Результаты. При проведении ортостатической пробы физиологический тип реакции на ортостаз был выявлен у 493 обследованных, что составило 58,7 %, первичный гиперсимпатикотонический – у 96 (11,4 %), вторичный гиперсимпатикотонический – 123 (14,6 %), гипосимпатикотонический – 94 (11,2 %), симпатостенический – 34 (4,1 %). За период наблюдения из исследования по различным причинам выбыли 76 человек. АГ была выявлена у 144 обследованных (18,8 %, 95 % ДИ 16,2–21,7 %) – 1 группа, у остальных 620 человек (81,2 %, 95 % ДИ 78,3–83,8 %) наблюдался

нормальный уровень АД – 2 группа. При ретроспективном анализе гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции имел место у 102 обследованных 1 группы (70,83 %) и 47 (7,58 %) человек 2 группы (р <0,001). По результатам однофакторного логистического регрессионного анализа гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции является значимым фактором риска развития АГ (ОШ 13,64, 95 % ДИ 9,96–18,67) (р <0,05).

Выводы. Гиперсимпатикотонический тип ортостатической реакции является фактором риска развития АГ в течение 5 лет у лиц молодого возраста с исходно нормальным уровнем АД.

Частота встречаемости анемии, содержание железа и показатели сократительной способности миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Смирнова М.П., Чижов П.А.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Актуальность. В структуре заболеваемости населения большинства экономически развитых стран хроническая сердечная недостаточность (ХСН) занимает одно из первых мест. За последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с ХСН. На сегодняшний день ХСН является одной из наиболее частых причин госпитализаций, постоянно возрастают и затраты на лечение больных данной категории. По результатам исследований последних лет, в России распространенность хронической сердечной недостаточности составляет 9,7 %, что значительно выше, чем в США и Европейских странах. Наиболее часто это больные пожилого и старческого возраста. Анемия не только усиливает симптомы ХСН, ухудшает качество жизни пациентов, снижает толерантность к физической нагрузке, но может являться причиной развития декомпенсации ХСН, увеличения частоты госпитализаций и ухудшает прогноз у этих пациентов. Риск смерти при ХСН у больных с анемией в два раза выше, чем без нее. Негативное влияние на прогноз при ХСН может оказывать уже латентный дефицит железа, что делает целесообразным определение его маркеров у всех пациентов с ХСН. Вместе с тем до настоящего времени не уточнена частота встречаемости анемического синдрома у разных категорий больных с ХСН, его степень выраженности и структура. Окончательно не определены причины, вызывающие анемию у данной категории пациентов.

Цель работы – изучить распространенность анемии, содержание железа и показатели сократительной способности миокарда у пациентов с ХСН в сочетании с ИБС и гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследовано 209 пациентов с ХСН, 156 женщин и 53 мужчины, средний возраст 72,35 ± 7,04 года. Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, расширенный анализ крови с использованием гематологического анализатора, определение содержания железа (Fe), ЭХО-кардиоскопию на аппарате GE Vivid-7. Систолическую функцию оценивали по фракции выброса (ФВ) по Симпсону, диастолическую функцию – по скорости раннего быстрого (пик Е) и позднего предсердного (пик А) наполнения желудочков, времени изоволюмического расслабления (ВИР). Сократительную способность оценивали методом тканевой миокардиальной доплер-эхографии по скорости движения фиброзных колец митрального (SM МК) и трикуспидального (SM ТК) клапанов.

Результаты. ХСН 2 ФК выявлена у 33 % обследованных, ХСН 3 ФК – у 49 %, ХСН 4 ФК – у 18 %. Анемия (снижение уровня гемоглобина менее 120 г/л) обнаружена у 18 % всех обследованных. У женщин анемия выявлена у

16 %, у мужчин – у 22 %. Частота анемии у пациентов с 4 ФК достоверно выше ($p < 0,05$) – 30,5 %, по сравнению с лицами с 2ФК – 10 % пациентов и 3ФК – 16,5 %. У других пациентов показатели крови были в пределах нормы. У пациентов с ХСН 4ФК уровень гемоглобина (HGB) достоверно ниже по сравнению с пациентами с ФК 2 и ФК 3 (126,29 г/л против 134,68 г/л и 132,83 г/л соответственно). Содержание Fe у исследуемых пациентов был в пределах нормы. Однако, по мере нарастания ФК ХСН от 2 к 4 у пациентов отмечалось достоверное снижение ($p < 0,05$) содержания Fe – 17,94 мкмоль/л при ФК2, 15,68 мкмоль/л при ФК3 и 12,54 мкмоль/л при ФК4 соответственно. В группе мужчин выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение содержания Fe у пациентов ФК4 по сравнению с таковыми с ФК 3 – 12,13 мкмоль/л против 18,76 мкмоль/л соответственно. В группе женщин достоверные ($p < 0,05$) различия по содержанию Fe были в группах ФК 2 и ФК 3 – 18,09 мкмоль/л и 14,80 мкмоль/л соответственно, а также при сравнении групп с ФК 2 и ФК 4 – 18,09 мкмоль/л и 12,96 мкмоль/л соответственно. По мере увеличения ФК ХСН отмечается достоверное снижение сократительной способности миокарда левого и правого желудочка – при 2ФК 0,085 м/с (SM МК) и 0,129 м/с (SM ТК) при 3 ФК 0,072 м/с и 0,119 м/с, при 4ФК – 0,066 м/с и 0,109 м/с соответственно. Выводы. Анемия диагностируется у 1/5 больных с ХСН, причем частота анемии увеличивается с ростом ФК ХСН. Наиболее часто выявляется у пациентов с 4 ФК ХСН. Несмотря на то, что содержание Fe у большинства больных с ХСН находится в нормальных пределах, на фоне нарастания ФК ХСН отмечается снижение содержания железа и уровня гемоглобина. Это позволяет предполагать возможный латентный дефицит железа у этих пациентов.

Результаты антиангинальной терапии комбинациями бисопролола, ивабрадина и триметазидина или ранолозина у пациентов пожилого и старческого возраста

Смоленская Н.В., Канорский С.Г.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель исследования – сравнение эффективности и безопасности антиангинальной терапии сочетаниями бисопролола, ивабрадина и триметазидина или ранолозина у пациентов со стабильной стенокардией напряжения пожилого и старческого возраста. В исследовании участвовали 107 больных в возрасте от 60 до 79 лет с ишемической болезнью сердца и стенокардией напряжения II/III функционального класса. В работу включали пациентов с синусовым ритмом частотой 70 ударов/мин и более в покое, которые не могли принимать назначавшийся им бисопролол в дозе выше 1,25–2,5 мг/сут, чаще из-за развития атриовентрикулярной блокады II степени или АГ. Для достижения частоты сердечных сокращений в покое 55–60 ударов/мин у всех пациентов в дополнение к бисопрололу применяли ивабрадин, титруя его дозу от 2,5 до 7,5 мг 2 раза в сутки. При сохранении в течение 1 мес стенокардии или безболевой ишемии миокарда по данным клинического наблюдения и суточного холтеровского мониторирования электрокардиограммы пациентов рандомизировали для дополнительного приема триметазидина МВ по 35 мг 2 раза в сутки ($n = 54$) или ранолозина по 500 мг 2 раза в сутки ($n = 53$). Комплексное обследование больных проводилось перед началом приема тройных комбинаций антиангинальных препаратов (на фоне приема бисопролола и подобранной дозы ивабрадина) и через 6 мес непрерывной терапии, включало кроме общеклинического и лабораторных методов стандартную электрокардиографию в 12 отведениях; суточное холтеровское мониторирование электрокардиограммы с оценкой продолжительности

безболевой депрессии сегмента ST; тредмил-тест с использованием модифицированного протокола Bruce; эхокардиографию в М- и В-режиме, импульсно-волновую, в том числе тканевую, доплерографию; фотоплетизмографию с помощью аппарата Ангиоскан-01 (Ангиоскан, Россия); оценку качества жизни с помощью Сизтловского опросника (Seattle Angina Questionnaire). Через 6 мес тройной антиангинальной терапии отмечалось значительное улучшение переносимости физической нагрузки пациентами обеих групп. Так, общая продолжительность нагрузки увеличивалась на $65,4 \pm 102,7$ с в группе триметазидина ($p < 0,001$) и на $60,3 \pm 98,9$ с в группе ранолозина ($p < 0,001$), время до возникновения стенокардии – на $63,8 \pm 105,5$ с ($p < 0,001$) и на $61,7 \pm 103,0$ с ($p < 0,001$), время до депрессии сегмента ST на 1 мм – на $77,0 \pm 111,8$ с ($p < 0,001$) и $74,2 \pm 108,5$ с ($p < 0,001$) соответственно (все различия между группами недостоверны). Частота приступов стенокардии существенно снижалась от $2,2 \pm 3,5$ до $0,8 \pm 2,4$ приступов в неделю при лечении комбинацией препаратов, включавшей триметазидин, и от $2,0 \pm 2,4$ до $0,9 \pm 2,3$ – комбинацией, включавшей ранолозин (различия между группами недостоверны). Продолжительность безболевой депрессии сегмента ST более, чем на 1 мм в течение суток уменьшалась как под влиянием терапии, включавшей триметазидин, так и ранолозин, однако в значительно большей степени при первом способе терапии ($p < 0,001$). Это преимущество триметазидина имеет практическое значение, поскольку способно оказать позитивное влияние на прогноз больных. В обеих группах отмечалось сопоставимое улучшение показателей систолической и диастолической функций левого желудочка, структурного и функционального состояния крупных артерий. Оба способа антиангинальной терапии обеспечивали сходное статистически значимое улучшение качества жизни по всем шкалам Сизтловского опросника. Комбинации низкой дозы бета-адреноблокатора с ивабрадином и триметазидином или ранолозином могут применяться для лечения рефрактерной стабильной стенокардии у пациентов пожилого и старческого возраста. Использование триметазидина предпочтительнее из-за большей эффективности в отношении безболевой ишемии миокарда и более низкой стоимости.

Сроки жизни больных, находившихся на программном и перитонеальном диализе в амурской области

Смородина Е.И., Путинцев Д.В., Приходько О.Б., Агеенко А.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Заместительная почечная терапия (ЗПТ) – это комплекс мероприятий, разнородных по своей структуре и основополагающим принципам, проводимых для поддержания жизни пациента с необратимо утраченными функциями собственных почек. В современной медицинской практике такие состояния называют терминальными заболеваниями почек (ТЗП) или терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН). В свою очередь, под хронической болезнью почек (ХБП) понимают симптомокомплекс, развивающийся при двусторонних хронических заболеваниях почек вследствие постепенной необратимой гибели нефронов и характеризующийся нарушением гомеостатической функции почек. Критерием ХБП в узком смысле этого слова принято считать скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин, продолжительностью 3 мес и более, а критерием ТХПН – скорость клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин. К методам ЗПТ относятся программный гемодиализ (ПГ), постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД) и трансплантация почки (ТП). В Амурской области ПАПД был внедрен в 2004 г. на базе отделения диализа АОКБ. С этого времени диализной помощью

обеспечены и больные, живущие в отдаленных районах области. К началу 2017 г. ЗПТ методом ПАПД на территории Амурской области получают 24 человека. В сентябре 2015 г. открыт гемодиализный центр в г. Белогорск. Нами был проведен сравнительный анализ сроков жизни больных с ХПН, получающих ЗПТ методами ПГ и ПАПД. Данные, полученные в ходе работы, позволяют оценить качество ЗПТ в Амурской области. Изучив статистику летальности больных, получающих ЗПТ методами ПГ и ПАПД за 2015 г., мы обнаружили следующее. Средняя продолжительность жизни больных на ЗПТ методом ПАПД составила 28 мес (2 г., 4 мес). Средняя продолжительность жизни больных на ЗПТ методом ПГ составила 42 мес (3 г., 6 мес). Проанализировав полученные нами данные, можно прийти к выводу, что эффективность ЗПТ методами ПГ и ПАПД в Амурской области ниже в сравнении с общероссийским показателем, а средняя продолжительность жизни больных, получающих ЗПТ этими методами, значительно ниже, чем у больных после трансплантации почки. Это доказывает преимущество трансплантации почки, как метода ЗПТ у больных с ХПН. Несмотря на развитие новых методов диагностики и лечения, проблема торможения процессов прогрессирования хронической почечной недостаточности (ХПН) остается актуальной. В связи с этим также было проведено наблюдение за больными с ХБП разных стадий и степени выраженности в целях выявления прогрессирования ХПН и причин, способных ускорить или замедлить ее развитие. Под наблюдением находились 70 больных с различной стадией ХБП: 4 из них ХБП III стадия – 5,7%; 7 – с ХБП IV стадия, что составило 10% от общего числа исследуемых больных. У 84,3%, т. е. у большинства пациентов с ХПН, выявлено ХБП V стадии. Среди больных 46 мужчин, это составляет 65,7% от общего числа больных, и 34,3% женщин. Средний возраст больных составил – 46,5; это значит, что ХБП страдает в основном трудоспособная категория населения. В результате проделанной работы выявили 4 группы больных с ХБП: впервые выявленные – 27 человек (что составляет 38,6%), состоящих на гемодиализе 2 года – 18,6%, 3 года – 12,9%, а также 5 лет и более – 30% больных, соответственно. В данных группах отмечается постепенное снижение уровня мочевины, креатинина в сравнении с предыдущим годом, под влиянием проводимой терапии. Во всех группах больных наблюдалась анемия, как осложнение, которая проявляет себя еще на ранних стадиях ХБП, нарастая по мере ее прогрессии. Доказано, что анемия ассоциируется с прогрессией ХБП (снижение гематокрита ниже 40% для мужчин и 35% для женщин повышает риск развития терминальной стадии ХПН), сопряжена с развитием сердечно-сосудистых осложнений, как на начальных стадиях ХБП, так и при развитии терминальной стадии на 46% и развития сердечной недостаточности на 28%, а также возникает у пациентов после трансплантации почки. Эффективность различных методов диализа влияет на качество и продолжительность жизни пациента с терминальной стадией болезни почек.

Комплаентность в оценке эффективности лечения больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста

Соболева Н.И., Боева В.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Прогрессирующее постарение населения сопровождается ростом патологии сердечно-сосудистой системы. Именно поэтому проблема комплаентности в последние десятилетия приобретает все большую значимость. Исследования приверженности к лечению стареющих больных немногочисленны и противоречивы, не учитывают влияния изменения социально-экономического положения пациента на поздних этапах

онтогенеза, что и определяет интерес к рассмотрению данного вопроса. Цель исследования – оценка комплаентности лиц с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II ФК с учетом возраста и пола.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 6 групп пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II ФК: 65 женщин среднего возраста (СКВ – 51,37 ± 0,81 года); 63 женщины пожилого возраста (СКВ – 68,11 ± 0,64 года); 63 женщины старческого возраста (СКВ – 86,49 ± 0,53 года); 63 мужчины 45–59 лет (СКВ – 52,17 ± 0,74 года); 61 мужчина 60–74 лет (СКВ – 65,97 ± 0,56 года); 60 мужчин 75–89 лет (СКВ – 83,45 ± 0,57 года). Для изучения приверженности пациентов к лечению использовали опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, 2014 г., с помощью которого определяли уровень социального, эмоционального, поведенческого и общего комплаенса. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами вариационной статистики помощи программ Microsoft Excel 2007.

Результаты. Наиболее высокий уровень социальной комплаентности был выявлен у женщин среднего возраста – 34,08 ± 1,3 балла. У женщин пожилого возраста показатель достоверно не изменился – 33,14 ± 0,84 балла ($p > 0,05$), но сопровождался значимым снижением у женщин старческого возраста – 25,78 ± 1,1 балла ($p < 0,001$). Значение социального комплаенса у мужчин было достоверно ниже, чем у женщин соответствующих возрастных групп: у лиц 45–59 лет – 29,51 ± 0,81 балла ($p < 0,001$), у обследованных 60–74 года – 26,36 ± 1,16 балла, у контингента 75–89 лет – 19,64 ± 1,92 балла ($p < 0,001$). У женщин с ИБС эмоциональная составляющая приверженности к терапии уменьшалась с 35,85 ± 1,29 балла в группе среднего возраста до 33,97 ± 1,04 балла у пожилых ($p > 0,05$) и до 24,62 ± 0,63 балла в группе старческого возраста ($p < 0,001$). Эмоциональная окраска комплаенса мужчин с ИБС отличалась достоверно более низким уровнем, также была подвержена возрастзависимому истощению: у обследованных 45–59 лет – 27,08 ± 0,74 балла ($p < 0,001$), у людей 60–74 года – 23,61 ± 0,99 балла ($p < 0,001$), у лиц 75–89 лет – 20,31 ± 0,83 балла ($p < 0,001$). Выраженность поведенческого комплаенса достигала значительной степени у женщин среднего и пожилого возраста – 38,24 ± 0,43 и 36,53 ± 0,71 балла соответственно ($p > 0,05$). У женщин старческого возраста данный показатель падал до 27,49 ± 1,14 балла ($p < 0,001$). Значения поведенческой составляющей комплаентности мужчин по сравнению с женщинами отличались более низким уровнем, не выходя за пределы средней выраженности, также были подвержены возрастзависимому снижению: у людей 45–59 лет – 28,89 ± 0,42 балла ($p < 0,001$), у наблюдаемых 60–74 лет – 28,53 ± 0,37 балла ($p < 0,001$), у лиц 75–89 лет – 22,87 ± 0,83 балла ($p < 0,001$). Уровень общего комплаенса женщин был высоким в группе среднего и пожилого возраста – 108,17 ± 2,04 балла и 103,64 ± 1,24 балла ($p > 0,05$). Суммарный показатель комплаентности женщин старческого возраста соответствовал среднему уровню – 77,89 ± 0,75 балла ($p < 0,001$). Значения общей комплаентности мужчин, страдающих ишемической болезнью сердца, достоверно снижались с высокого уровня – 85,48 ± 0,86 балла у обследованных 45–59 лет ($p < 0,001$) до среднего – 78,5 ± 0,43 балла у пациентов 60–74 лет ($p < 0,001$) и еще более значимо до 62,82 ± 0,95 балла у когорты 75–89 лет ($p < 0,001$).

Выводы. 1. Наибольшая приверженность к лечению была выявлена у женщин среднего и пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца. 2. Старение сопровождалось достоверным снижением всех видов комплаентности; самой уязвимой к его воздействию стала эмоциональная комплаентность. 3. Приверженность к лечению мужчин всех групп была значимо меньше.

Таким образом, у больных ишемической болезнью сердца необходимо мониторировать уровень приверженности к терапии в целях выявления уже на ранних стадиях заболевания некомплаентных пациентов, проведения мероприятий по повышению уровня комплаентности.

Качество жизни как фактор определяющий тактику лечения больных с идиопатической желудочковой экстрасистолией

Соколов А.В., Царегородцев Д.А., Недоступ А.В.

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

Цель работы – оценить влияние уровня качества жизни пациентов на выбор тактики лечения идиопатических желудочковых аритмий.

Материалы и методы. В исследование было включено 85 пациентов (21 мужчина и 64 женщины, средний возраст 44 (32;56) года) с желудочковыми нарушениями ритма при отсутствии структурной патологии сердца. Пациенты были разделены на 3 группы: 27 пациентам (32 %) выполнена радиочастотная катетерная абляция (РЧА), 37 больным (43 %) проводилась антиаритмическая терапия (ААТ), 21 пациентом (25 %) воздержался от активного лечения, выбрана тактика динамического наблюдения. Оценивалась динамика аритмического синдрома и качество жизни. Исходно и через 1 мес проводилось холтеровское мониторирование (ХМ) и оценивалось качество жизни (КЖ) с использованием опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36). Подсчитывались баллы по шкалам физическое функционирование (ФФ), ролевая деятельность (РД), телесная боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), эмоциональное состояние (ЭС) и психическое здоровье (ПЗ), а также суммарный показатель физического здоровья (ФЗсум), суммарный показатель психического здоровья (ПЗсум). Средний балл по всем шкалам представлял собой средний показатель качества жизни (КЖср). Результат лечения оценивался как положительный при снижении суточного количества ЖЭ на 75 % и более, уменьшения парных ЖЭ более чем на 90 %.

Результаты. Группы РЧА и ААТ исходно по показателям КЖ практически не различались, за исключением шкалы СФ, по которой больные избравшие РЧА, имели в среднем более низкий балл ($p = 0,033$). В то же время КЖ пациентов в группе наблюдения было достоверно лучше по сравнению как с пациентами из группы РЧА по шкалам ОЗ ($p = 0,003$), ЖА ($p = 0,014$), СФ ($p = 0,037$), ЭС ($p = 0,045$), ФЗсум ($p = 0,017$), ПЗсум ($p = 0,008$), КЖср ($p = 0,014$), так и относительно группы ААТ (шкалы РД ($p = 0,042$), ОЗ ($p = 0,002$), ЖА ($p = 0,004$), ФЗсум ($p = 0,007$), ПЗсум ($p = 0,015$), КЖср ($p = 0,018$)). Через 1 мес после РЧА отмечено достоверное улучшение КЖ по шкале ЖА с 55 (30;65) до 60 (50;75) баллов ($p = 0,048$) и тенденция к увеличению среднего балла по шкалам СФ ($p = 0,068$), ПЗ ($p = 0,09$) и ПЗсум ($p = 0,072$). При этом у пациентов с эффективной РЧА статистически значимо КЖ улучшилось по шкалам ЖА ($p = 0,03$) и МН ($p = 0,017$), а средний балл по шкалам МНсум ($p = 0,064$) и КЖср ($p = 0,053$) увеличился на уровне тенденции. Вместе с тем при неэффективности процедуры, наоборот, выявлено снижение среднего балла по шкале ПЗ с 60 (36;70) до 56 (32;64) ($p = 0,034$), остальные показатели КЖ изменились недостоверно. По результатам анализа КЖ, через месяц в группе пациентов с ААТ отмечено достоверное увеличение среднего балла по шкале ЖА с 55(44;65) до 63 (45;71) ($p = 0,037$) и по шкале ПЗ с 58 (52;68) до 68 (59;76) ($p = 0,018$), а также на уровне тенденции ($p = 0,09$) по шкале ФФ. Указанные улучшения достигнуты за счет тех пациентов, у которых отмечался хороший антиаритмический эффект, что привело также к достоверному повышению показателя КЖср ($p = 0,04$) у больных с эффективной терапией. При неэффективности ААТ показатели КЖ изменились статистически незначимо. В группе наблюдения через 1 мес ни один из показателей КЖ не изменился достоверно. Выявлена лишь некоторая тенденция к увеличению среднего балла по шкалам ПЗ ($p = 0,081$), ФЗсум ($p = 0,094$), ПЗсум ($p = 0,07$). Необходимо еще раз отметить, что уровень КЖ в группе наблюдения исходно и так был самым высоким из всех трех подгрупп. Однако, у 8 пациентов со спонтанным

уменьшением числа ЖЭ отмечен достоверный прирост среднего балла по шкале ПЗ с 60 (50;75) до 74 (64;86) ($p = 0,024$). У 13 пациентов с отсутствием изменений в течение аритмии все показатели изменились недостоверно. Заключение. Для выбора оптимальной тактики ведения у симптомных пациентов целесообразна оценка КЖ. Пациентам с высоким уровнем КЖ, особенно при давности возникновения аритмии менее 3 мес, немедленное начало лечения не показано, учитывая возможность спонтанного улучшения в 38 % случаев в течение месяца. Положительный результат антиаритмической терапии или РЧА сопровождается улучшением показателей КЖ, соответствующих «психологическому здоровью».

Сравнительные терапевтические и психологические аспекты истинной артериальной гипертензии и гипертензии «белого халата»

Соколовская Е.А., Легконогов А.В.

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

Цель исследования – сравнительное изучение психологического статуса, показателей суточного мониторирования АД (СМАД) и структурно-функционального состояния сердца у пациентов с АГ и гипертензией «белого халата» (ГБХ).

Материалы и методы. Обследовано 154 больных (58 мужчин и 96 женщин, средний возраст $52,9 \pm 0,7$ года) с повышенным офисным АД, и 31 практически здоровый (12 мужчин и 19 женщин, средний возраст $51,5 \pm 2,4$ года). Суточное мониторирование АД СМАД проводилось с помощью аппарата АВРМ-02/0 (Meditech, Венгрия). Эхокардиография проводилась на аппарате Philips EnVisor C (США). Психологический статус оценивался при помощи теста ММРІ в модификации Ф.Б. Березина и адаптированной шкалы самооценки реактивной и личностной тревоги Спилбергера. Результаты СМАД подтвердили наличие АГ у 127 (средний возраст $53,3 \pm 0,8$ года, в том числе 47 мужчин и 80 женщин) из 154 обследованных. У 27 человек (17,5 %) была диагностирована ГБХ – 11 мужчин и 16 женщин, средний возраст $50,8 \pm 1,4$ лет. У больных АГ по сравнению со здоровыми обследуемыми отмечались более высокие средние значения толщины задней стенки (ТЗС) левого желудочка (ЛЖ) ($1,00 \pm 0,02$ см против $0,84 \pm 0,05$ см; $p < 0,01$), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ($1,09 \pm 0,03$ см против $0,88 \pm 0,07$ см; $p < 0,05$), диаметра левого предсердия (ДЛП) ($4,11 \pm 0,06$ см против $3,51 \pm 0,15$ см; $p < 0,05$), индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ ($109,5 \pm 4,0$ г/м² против $76,0 \pm 5,1$ г/м²; $p < 0,05$). Аналогичные показатели пациентов с ГБХ существенно не отличались от таковых у здоровых лиц. Проведенный корреляционный анализ подтвердил достоверную связь между большинством эхокардиографических параметров и показателями СМАД у пациентов с АГ при $p < 0,05$. Психологический профиль ММРІ больных АГ характеризовался достоверно более высокими показателями 1-й шкалы (соответственно $66,0 \pm 0,8$ против $51,5 \pm 2,1$ Т-балла; $p < 0,001$), 2-й ($57,6 \pm 0,9$ против $50,9 \pm 1,4$ Т-баллов; $p < 0,01$), 3-й ($60,0 \pm 0,9$ против $49,1 \pm 1,7$ Т-баллов; $p < 0,001$), 6-й ($57,0 \pm 1,0$ против $46,5 \pm 1,9$ Т-баллов; $p < 0,001$), 7-й ($58,2 \pm 0,9$ против $48,3 \pm 2,1$ Т-баллов; $p < 0,001$), 8-й ($60,1 \pm 1,1$ против $47,4 \pm 1,9$ Т-баллов; $p < 0,001$) и F-шкал (соответственно $56,2 \pm 0,9$ против $46,2 \pm 1,6$ Т-баллов; $p < 0,001$). Результаты теста Спилбергера выявили у больных АГ по сравнению со здоровыми лицами более высокие показатели реактивной и личностной тревоги (соответственно $42,5 \pm 1,1$ против $30,8 \pm 1,1$ баллов и $44,7 \pm 1,0$ против $31,0 \pm 1,0$ балла; $p < 0,001$). Пациенты с ГБХ также характеризовались дисгармоничностью профиля личности и в сравнении с контрольной группой достоверно более высокими

показателями F, 1-й, 3-й, 7-й шкал (соответственно $59,7 \pm 1,3$, $63,9 \pm 1,5$, $64,5 \pm 1,5$, $61,8 \pm 1,6$ Т-баллов против $46,2 \pm 1,6$, $51,5 \pm 2,1$, $49,1 \pm 1,7$, $48,3 \pm 2,1$ Т-баллов; p во всех случаях $<0,001$), характеризующих выраженность ипохондрических, истероидных и психастенических черт. Тест Спилберга продемонстрировал более высокие уровни реактивной и личностной тревожности у пациентов с ГБХ по сравнению со здоровыми лицами ($40,7 \pm 1,7$ против $30,8 \pm 1,1$ баллов и $42,2 \pm 2,4$ против $31,0 \pm 1,0$ баллов; p в обоих случаях $<0,001$). Таким образом, лица с ГБХ характеризовались тревожной фиксацией на своем соматическом состоянии, повышенной мнительностью, демонстративностью поведения. По сравнению с больными АГ у лиц с ГБХ отмечены относительно более низкие показатели шкалы L (соответственно $46,3 \pm 1,6$ против $49,5 \pm 0,7$; $p <0,05$), 2-й ($52,2 \pm 1,1$ против $57,6 \pm 0,9$; $p <0,01$), 6-й ($51,2 \pm 1,6$ против $57,0 \pm 1,0$; $p <0,05$) и 8-й ($49,9 \pm 1,2$ против $60,1 \pm 1,1$; $p <0,001$) шкал ММРП, и высокие – 3-й шкалы ($64,5 \pm 1,5$ против $60,0 \pm 0,9$; $p <0,05$). Из этого следует, что пациенты с ГБХ характеризовались менее выраженными депрессивностью, замкнутостью, ригидностью тревожного аффекта и стремлением выгадать в глазах окружающих в более благоприятном свете, и более выраженной демонстративностью поведения, по сравнению с больными АГ.

Выводы. 1. У пациентов с АГ существует достоверная связь между показателями СМАД и большинством параметров структурно-функционального состояния сердца. 2. Гипертензия «белого халата» при СМАД выявляется у 17,5 % лиц с повышенным офисным АД, эхокардиографические показатели у них существенно не отличаются от таковых у здоровых лиц. 3. От здоровых лиц пациентов с гипертензией «белого халата» отличают выраженная ипохондричность, тревожно-мнительные и истероидные черты, а от больных АГ менее выраженные депрессивность, замкнутость, ригидность тревожного аффекта, и более выраженная демонстративность поведения.

К вопросу о поражении поджелудочной железы при метаболическом синдроме

Соловьева А.В., Фоменко Н.П., Кодякова О.В., Жаркова С.Ю., Шурпо Е.М.

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

Цель работы – изучить взаимосвязь стеатоза поджелудочной железы с компонентами метаболического синдрома у женщин.

Материалы и методы. В исследование включено 504 женщины с метаболическим синдромом (критерии ВНОК, 2009). Возраст обследованных женщин составил в среднем $61,28 \pm 10,3$ года. Проводились антропометрические исследования (окружность талии (ОТ), ИМТ), лабораторные исследования показателей липидного спектра крови и углеводного обмена, уровня С-реактивного белка, биохимический анализа крови, инструментальные исследования включали УЗИ органов брюшной полости с определением толщины интраабдоминального жира, эхокардиографию. Лица, злоупотребляющие алкоголем, не включались в исследование. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета Statistica 6.0.

Результаты. Основной компонент МС – окружность талии составила у женщин $107,7 \pm 11,8$ см, ИМТ – $33,7 \pm 5,7$ кг/м². Нарушения углеводного обмена представлены сахарным диабетом 2 типа у 43,6 %, нарушением толерантности к глюкозе – у 9,3 % и нарушенной гликемией натощак – у 8,1 % пациенток. У всех пациенток имела место артериальная гипертензия II–III стадии, которая у 66,8 % сочеталась с ишемической болезнью сердца. Уровень триглицеридов у исследуемых составил $2,06 \pm 1,26$ ммоль/л,

уровень липопротеидов высокой плотности – $1,28 \pm 0,37$ ммоль/л и липопротеидов низкой плотности – $3,7 \pm 1,12$ ммоль/л. Сопутствующая гастроэнтерологическая патология была представлена желчно-каменной болезнью у 157 (31,1 %), в том числе 80 пациенток после холецистэктомии, хроническим бескаменным холециститом – у 34 (6,7 %), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – у 44 (8,7 %). Стеатоз печени диагностирован у 32,5 % и неалкогольный стеатогепатит – у 12,7 % пациенток. Стеатоз поджелудочной железы диагностирован у 19,6 % женщин с метаболическим синдромом, и характеризовался диффузным повышением эхогенности органа, увеличением размеров поджелудочной железы. Указанные эхографические признаки стеатоза поджелудочной железы положительно коррелировали с ИМТ ($r = 0,3$, $p = 0,000001$), с ОТ ($r = 0,38$, $p = 0,000001$), с уровнем триглицеридов ($r = 0,17$, $p = 0,003$), с уровнем СРБ ($r = 0,35$, $p = 0,046$), с уровнем глюкозы крови натощак ($r = 0,15$, $p = 0,01$), а также с косо-вертикальным размером правой доли печени ($r = 0,24$, $p = 0,00007$), с толщиной интраабдоминального висцерального жира ($r = 0,44$, $p = 0,000001$), с толщиной межжелудочковой перегородки ($r = 0,15$, $p = 0,015$) и задней стенки левого желудочка ($r = 0,13$, $p = 0,04$), с толщиной межпредсердной перегородки при ее липоматозе ($r = 0,31$, $p = 0,03$).

Выводы. Развитие стеатоза поджелудочной железы ассоциировано у женщин с основным компонентом метаболического синдрома – ОТ, с уровнем системного воспаления и нарушениями углеводного обмена, с другими висцеральными депо жировой ткани – неалкогольной жировой болезнью печени, интраабдоминальным локальным жировым депо, липоматозом межпредсердной перегородки, а также с кардиоваскулярным риском пациента, учитывая корреляционные взаимосвязи с гипертрофией миокарда левого желудочка.

Изучение алгоритма диагностики хронической сердечной недостаточности у больных, госпитализированных в период сентябрь–октябрь 2016 г. в многопрофильный скорпомощной стационар г. Москвы

Спаский А.А., Еремина Ю.Н., Федулаев Ю.Н., Ломайчиков В.В., Каминер Д.Д.

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

Цель работы – оценить внедряемость современных методов диагностики

хронической сердечной недостаточности (ХСН) у госпитализированных больных по поводу АГ и ИБС в современной клинической практике. Задачи:

1. Определить объем проводимого обследования больных с АГ и ИБС в целях диагностики ХСН.

2. Изучить степень применения современных методов диагностики ХСН.

Материалы и методы. Исследование запланировано как ретроспективный анализ записей из историй болезни пациентов, госпитализированных в стационар г. Москвы в 2016 г. Критерии включения (объекты исследования) – медицинская документация пациентов обоего пола старше 18 лет с сердечно-сосудистой патологией: АГ (по международной классификации болезней X: I 11 и/или хронической ИБС (I 25)). Критерии исключения: в исследовании не использовались данные пациентов с нестабильной гемодинамикой, обусловленной острой сердечной недостаточностью. А также больных с тромбозом легочной артерии, тяжелыми инфекционными заболеваниями (сепсис, пневмония), инсультом, хирургическими вмешательствами, тяжелым обострением бронхиальной астмы и/или хронической обструктивной болезнью легких, тяжелыми анемиями при снижении гемоглобина менее 70 г/л, тяжелой почечной

недостаточностью при скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м², гипо/гипертиреозом, феохромоцитомой, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ Excell 7.0, IBM SPSS Statistics 20. Для количественных показателей рассчитывали среднее арифметическое значение, стандартное отклонение. Качественные переменные описаны абсолютными (n) и относительными значениями (%). Результаты. В исследование включено 89 пациентов, 28 мужчин и 61 женщина, средний возраст соответственно 59 ± 16 и 70 ± 10 лет. ХСН была диагностирована у 70 % (n = 62) пациентов. Алгоритм диагностики ХСН включал проведение следующих процедур: физикальный осмотр, регистрация анамнестических данных, всем больным выполнялась ЭКГ, так же как и рентгенография (Rg), ЭхоКГ, общий и биохимический анализы крови. Определение уровня гормонов щитовидной железы проводилось только пациентам с указанием на соответствующее заболевание в анамнезе. Оценки уровня натрийуретических пептидов не проводилось. Не использовались такие методы подтверждения диагноза как стресс-тест, томография (магнитно-резонансная, компьютерная, позитронно-эмиссионная) скintiграфия, биопсия сердца, инвазивное измерение гемодинамики. Симптомы и признаки ХСН отмечались у 29 больных (32,6 %). Указание на наличие ХСН в анамнезе отмечалось у 5 больных (8 %). Изменения на ЭКГ не специфичны и характеризовали основное сердечно-сосудистое заболевание. При рентгенографии признаки застойных явлений выявлены только у 12 больных (19,4 %). Основопологающим критерием для подтверждения ХСН была двухмерная ЭхоКГ с доплеровским анализом. Среди больных имеющих сердечную недостаточность (n = 62) распределение по уровню фракции выброса левого желудочка сердца (ФВЛЖ) представилось следующим образом: больных с низкой ФВЛЖ (ХСН-нФВ ≤39 %) было – 11 % (n = 7), со средней (ХСН-срФВ = 40–49 %) – 5 % (n = 3), большинство составили пациенты с сохраненной ФВ (ХСН-сФВ ≥50 %) – 84 % (n = 52). Методом расчета ФВЛЖ в 36 % случаев было правило Симпсона, в 64 % – Teichholz. Систолическая ХСН характеризовалась низкой ФВЛЖ. У больных с ФВЛЖ более 40 % (n = 55) диастолическая ХСН подтверждалась сочетанием этого показателя с наличием симптомов и/или признаков ХСН, а также выявлением при Эхо-КГ характерных структурных (гипертрофия левого желудочка (ЛЖ)/расширение левого предсердия) и/или функциональных (диастолическая дисфункция ЛЖ) изменений сердца. Изменения при ЭхоКГ отмечались практически у всех пациентов (92,7 %), при этом у 55 % этих больных течение ХСН было асимптомным. Выводы. 1. Основопологающим критерием для подтверждения ХСН была двухмерная ЭхоКГ с доплеровским анализом. 2. На современном этапе для верификации диагноза диастолической ХСН необходимо расширение объема диагностических мероприятий.

Изучение эпидемиологии хронической сердечной недостаточности у больных, госпитализированных в 2016 г. в многопрофильный скорпомощной стационар г. Москвы

Спасский А.А., Еремина Ю.Н., Федулаев Ю.Н., Ломайчиков В.В., Каминер Д.Д.

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

Цель работы – оценить распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) у госпитализированных больных по поводу АГ и ИБС. Задачи:

1. Изучить распространенность ХСН у больных с АГ и ИБС, являющимися одними из основных причин развития сердечной недостаточности.
2. Изучить соотношение количества больных с разными показателями фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) в общей группе пациентов, включенных в исследование.

Материалы и методы. Исследование запланировано как ретроспективный анализ записей из историй болезни пациентов, госпитализированных в многопрофильный скорпомощной стационар г. Москвы в 2016 г. Критерии включения (объекты исследования) – медицинская документация пациентов обоего пола старше 18 лет с сердечно-сосудистой патологией: АГ (по международной классификации болезней (МКБ) X: I.11) и/или хронической ИБС (по МКБ X: I.25). Критерии исключения: в исследовании не участвовали пациенты с нестабильной гемодинамикой, в первую очередь характерной для острой сердечной недостаточности – ИМ, пароксизмальная тахикардия, расслоение аорты, тяжелые пороки сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, опухоли, миокардит, эндокардит. А также больные с тромбозом легочной артерии, тяжелыми инфекционными заболеваниями (сепсис, пневмония), инсультом, хирургическими вмешательствами, тяжелым обострением бронхиальной астмы и/или хронической обструктивной болезни легких, тяжелыми анемиями при снижении гемоглобина менее 70 г/л, тяжелой почечной недостаточностью при скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м², гипотиреозом, гипертиреозом, феохромоцитомой, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ Excell 7.0, IBM SPSS Statistics 20. Для количественных показателей рассчитывали среднее арифметическое значение, стандартное отклонение. Качественные переменные описаны абсолютными (n) и относительными значениями (%). Результаты. Согласно указанным критериям отбора в исследование включено 89 пациентов, 28 мужчин и 61 женщина, средний возраст мужчин 59 ± 16 лет, женщин – 70 ± 10. При выписке основной диагноз с шифром по МКБ 10 I11 отмечался у 38 больных, с I25 – 51. ХСН была диагностирована у 70 % (n = 62) пациентов. От общего количества больных, включенных в исследование (n = 89) пациентов с хронической сердечной недостаточностью и низкой ФВЛЖ (ХСН-нФВ) было 8 %; с ХСН и средней ФВЛЖ (ХСН-срФВ) – 4 %; с ХСН и сохраненной ФВЛЖ (ХСН-сФВ) – 58 %. Как низкая ФВЛЖ расценивалась по данным эхокардиографии (Эхо-КГ) при показателях, находящихся в диапазоне до 39 %, средней – 40–49 %, сохраненной – более 50 %. По данной классификации у больных имеющих сердечную недостаточность (n = 62) распределение по уровню ФВЛЖ представилось следующим образом: ХСН-нФВ – 11 % (n = 7), ХСН-срФВ – 5 % (n = 3), большинство составили пациенты с сохраненной фракцией выброса (ХСН-сФВ) – 84 % (n = 52). Пациенты с ХСН в подавляющем проценте случаев (89 %) характеризуются коморбидностью. Наличие АГ отмечается практически у всех (95 %) больных. В группе пациентов с ХСН-нФВ артериальной гипертензии сопутствует ИБС, эти пациенты перенесли ИМ у большинства постоянная форма ВП. В группе больных с ФВЛЖ ≥40 % АГ сопровождается цереброваскулярной болезнью (33 %), 15 % больных перенесли мозговой инсульт, хроническая болезнь почек отмечается в 27 % случаев, ИБС – 23 %, постоянная форма ФП – 20, ИМ перенесли 16 % больных; у 18 % – сахарный диабет, у 13 % – обструктивное заболевание легких, реже (от 4 до 9 %) у больных отмечается ожирение, анемия, заболевания ЖКТ, щитовидной железы (эутиреоз), применение лучевой и химиотерапии по поводу онкологических заболеваний в анамнезе. Выводы. 1. В условиях современности при увеличении среднего возраста населения и доли больных с коморбидной патологией распространенность ХСН у больных с АГ и ИБС характеризуется тенденцией к росту. По результатам данного исследования она составила 70 %. 2. По данным ЭхоКГ больных с ХСН и низкой ФВЛЖ было 11 %, ХСН-срФВ – 5 %, большинство составили пациенты с сохраненной ФВЛЖ – 84 %.

Сравнение влияния различных комбинаций антигипертензивных препаратов на эластичность магистральных артерий и функциональное состояние почек у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа

Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель работы – провести сравнительный анализ влияния 12-недельной комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) эналаприлом и индапамидом (Энзикс), а также лизиноприлом и амлодипином (Экватор) на показатели жесткости сосудистой стенки магистральных артерий и функциональное состояние почек у больных АГ и сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. Включено 60 больных АГ II–III стадии в сочетании с СД 2-го типа в возрасте 40–70 лет сопоставимых по основным клинико-демографическим характеристикам: полу, возрасту, ИМТ, длительности АГ и СД, уровню систолического и диастолического АД (САД и ДАД). Пациентам 1 группы (n = 30) назначена комбинированная АГТ эналаприлом 26,3 ± 2,2 мг/сут и индапамидом 2,5 ± 0 мг/сут. Пациенты 2 группы (n = 30) получали комбинацию лизиноприла 12,0 ± 0,9 мг/сут и амлодипина 6,0 ± 0,4 мг/сут. Проводили клиническое обследование больных, оценивали эластические свойства магистральных артерий путем анализа скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического (СРПВэ) и мышечного (СРПВм) типов, изучали функциональное состояние почек – уровень протеинурии по соотношению протеинурия/креатинин в утренней порции мочи, β₂-микроглобулинов в моче, креатинина крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), определяли концентрацию HbA_{1c}.

Результаты. У 100 % больных обеих групп на фоне 12-недельной комбинированной антигипертензивной терапии были достигнуты целевые значения АД. Уровень офисного САД снизился на 18,8 % (p < 0,05) в 1 группе и на 21 % (p < 0,05) во 2 группе, а офисного ДАД – на 13,1 % (p < 0,05) и 13,5 % (p < 0,05). Через 12 нед лечения достоверно уменьшились СРПВэ. на 10,8 %, СРПВм. на 10,1 % среди пациентов, получавших эналаприл + индапамид; среди больных, получавших лизиноприл + амлодипин – СРПВэ. уменьшилась на 11 %, а СРПВм. на 12,6 % соответственно. В обеих группах статистически значимо снизился уровень протеинурии (Δ % = –34,5 в 1 группе и –44,2 во 2 группе соответственно). Терапия Энзиксом уменьшала концентрацию β₂-микроглобулинов в моче на 47,5 % (p < 0,05), а Экватором – на 25 % (p > 0,05). На фоне 12-недельного применения комбинации эналаприла + индапамида СКФ увеличилась на 16,9 % (p < 0,05), в то время как комбинация лизиноприла + амлодипина увеличивала СКФ на 4,9 % (p > 0,05). Лечение Энзиксом и Экватором не оказывало негативного влияния на параметры углеводного обмена: Δ % = –2,7 и –4,1 соответственно по концентрации HbA_{1c}.

Заключение. Комбинированная терапия эналаприлом + индапамидом, а также лизиноприлом + амлодипином в течение 12 нед показала высокую антигипертензивную эффективность параллельно с хорошей переносимостью у больных АГ в сочетании с СД 2-го типа. Лечение Энзиксом и Экватором сопоставимо статистически значимо уменьшало жесткость сосудистой стенки магистральных артерий, уровень протеинурии и не ухудшало углеводный обмен. Обе комбинации антигипертензивных препаратов обладают выраженными нефропротективными свойствами. При этом краткосрочная терапия сочетанием эналаприла с индапамидом

была более эффективной в улучшении канальцевой и клубочковой функции почек в сравнении с комбинацией лизиноприла и амлодипина.

Особенности корреляционных взаимосвязей между показателями функционального состояния почек и центрального аортального давления у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа

Стаценко М.Е., Титаренко М.Н., Туркина С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель работы – выявить наличие взаимосвязи между показателями функционального состояния почек и центрального аортального давления (ЦАД) у больных АГ в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Задачей исследования было изучение взаимосвязи между показателями, характеризующими ЦАД, скоростью клубочковой фильтрации (рСКФ) и соотношением альбумин/креатинин (А/Кр) у больных АГ в сочетании с СД 2-го типа.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с АГ и СД 2-го типа в возрасте от 45 до 65 лет, 23 женщины (средний возраст – 62 ± 4,4 года) и 7 мужчин (средний возраст – 60,7 ± 2,3 года). Длительность АГ составила – 16,6 ± 10,1 лет, СД 2-го типа – 9,6 ± 7,0 лет. ЦАД определяли с помощью программного обеспечения Vasotens 24 (ООО «Петр Телегин», Россия) в стандартном режиме. Анализировали следующие параметры ЦАД: систолическое центральное (аортальное) АД (САДао), диастолическое центральное (аортальное) АД (ДАДао), центральное (аортальное) среднее гемодинамическое давление (СрАДао), пульсовое АД центральное (аортальное) (ПАДао), индекс аугментации (ИА) в аорте. Функциональное состояние почек оценивалось путем определения экскреции альбумина с мочой (иммунотурбидиметрический метод) по соотношению А/Кр в утренней порции мочи, рСКФ по формулам СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы Statistica 7.0 (StatSoft, Inc.). Количественные показатели описаны как средние значения, средне квадратическое отклонение (m ± δ), статистически значимыми считали отклонения при p < 0,05.

Результаты. По данным проведенного исследования исходно, у всех пациентов, включенных в исследование, определялись высокие цифры офисного систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) (163,8 мм рт.ст и 92,2 мм рт.ст. соответственно). При оценке параметров ЦАД выявлено, что САДао в течение суток и ДАДао течение суток составили 150,3 мм рт.ст. и 83,7 мм рт.ст. соответственно, ПАДао в течение суток – 61,5 ± 8,0 мм рт.ст., а ПАДао в течение дня – 63,4 ± 5,9 мм рт.ст. Кроме того, ИА в течение суток составил 31,9 ± 7,2 %, ИА в течение ночи – 37,9 ± 7,2 %. По данным оценки функционального состояния почек уровень креатинина крови был 101,4 ± 14,2 мкмоль/л, рСКФ – 63 ± 11,9 мл/мин 1,73м², а уровень соотношения альбумин/креатинин мочи – 3,8 ± 1,8 мг/ммоль. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная взаимосвязь между рСКФ и ИАао ночью, и ПАДао ночью (r = –0,3 при p < 0,05), так же между рСКФ и САДао ночью, ДАДао ночью (r = –0,3 при p < 0,05). Отмечены достоверные корреляционные связи средней силы между уровнем креатинина крови и ДАДао в течение суток и САДао ночью (r = –0,3 при p < 0,05). Обращает на себя внимание достоверная корреляционная связь между соотношением А/Кр и ИА в течение суток, и САДао днем (r = 0,3 и r = –0,4 соответственно при p < 0,05).

Выводы. Таким образом, выявлена достоверная корреляционная связь между показателями функционального состояния почек и центрального аортального давления у больных АГи сахарным диабетом 2-го типа.

Влияние нарушений микроциркуляции на структурно-функциональное состояние печени у больных сахарным диабетом 2-го типа

Стаценко М.Е., Туркина С.В., Косивцова М.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Целью исследования являлась оценка влияния нарушений микроциркуляции на структурно-функциональное состояние печени у больных сахарным диабетом 2-го типа и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Задачей исследования было изучение изменений структурно-функционального состояния печени у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа и НАЖБП при нормоциркуляторном и патологических типах микроциркуляции (МКЦ).

Материалы и методы. Обследовано 120 больных в возрасте 45–65 лет с СД 2-го типа (HbA1c <8,0 %). У всех обследованных больных по данным ультразвукового исследования печени отмечена НАЖБП. Состояние МКЦ русла пациентов исследовали с помощью лазерного анализатора микроциркуляции крови ЛАКК-ОП (Россия) с оценкой показателей, характеризующих микроциркуляторный кровоток и выделением гемодинамических типов микроциркуляции. Структурно-функциональное состояние печени изучалось с помощью общепринятых лабораторных методик, рассчитывались индекс стеатоза печени (FLI) и индекс фиброза печени (NFS). Обработка полученных результатов исследования проведена стандартными математическими методами с привлечением встроенных функций программы MS Excel. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты. По данным лазерной доплеровской флоуметрии были выделены 3 гемодинамических типа МКЦ (ГТМ) – нормоциркуляторный (26,6 %), гиперемический (33,3 %), спастический (40,1 %). Индекс стеатоза FLI при нормоциркуляторном ГТМ составил $83,1 \pm 8,1$ ед., при гиперемическом ГТМ – $89,2 \pm 8,5$ ед., при спастическом ГТМ – $87,1 \pm 6,0$ ед. ($p > 0,05$). Индекс фиброза печени у пациентов с нормоциркуляторным ГТМ составил $-0,57 \pm 0,9$ ед.; при гиперемическом ГТМ $-0,5 \pm 0,7$ ед.; при спастическом ГТМ $-0,32 \pm 0,4$ ед. ($p > 0,05$). При патологических ГТМ отмечалось ухудшение функционального состояния печени (протромбиновый индекс $84,2 \pm 3,2$ % – при нормоциркуляторном ГТМ, $78,3 \pm 3,6$ % – при спастическом ГТМ, $79,2 \pm 3,8$ % – при гиперемическом ГТМ ($p < 0,05$ между патологическими и нормоциркуляторным ГТМ), увеличение уровня маркеров повреждения гепатоцитов (гаммаглутамилтрансфераза – $78,5 \pm 16,5$ ед/л при нормоциркуляторном ГТМ, $90,2 \pm 14,5$ ед/л – при патологических ГТМ ($p < 0,05$), билирубин ($23,2 \pm 1,6$ мкмоль/л – при нормоциркуляторном ГТМ, $24,1 \pm 1,7$ мкмоль/л – при гиперемическом ГТМ, при спастическом ГТМ – $26,9 \pm 2,5$ мкмоль/л ($p < 0,05$ между нормоциркуляторным и патологическими ГТМ)). При гиперемическом ГТМ рост индекса стеатоза FLI был достоверно взаимосвязан со снижением протромбинового индекса ($r = -0,34$, при $p < 0,05$), а при спастическом ГТМ – с гипербилирубинемией ($r = 0,41$, при $p < 0,05$). Выводы. У больных СД 2-го типа нарушение микроциркуляции гепатоцита сопровождается повышением индекса стеатоза и фиброза печени, достоверным ухудшением функционального состояния печени и ростом уровня маркеров повреждения гепатоцитов.

Возможности влияния триметазида на микроциркуляцию и показатели жесткости магистральных артерий в комплексном лечении больных хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа

Стаценко М.Е., Фабрицкая С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель работы – оценить влияние 16-недельной комбинированной терапии с включением триметазида на показатели жесткости сосудистой стенки крупных артерий и параметры микроциркуляции (МЦ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 больных ХСН ишемического генеза II–III функционального класса (ФК) и СД 2-го типа (HbA1c <8,0 %) в возрасте 45–70 лет. Все пациенты были рандомизированы на две группы: пациентам 1-й группы ($n = 30$) в дополнение к базисной терапии ХСН назначался триметазидин (Тридукард МВ) в дозе 70 мг/сут, пациенты 2-й группы ($n = 30$) получали только базисную терапию. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести ФК ХСН, данным теста шестиминутной ходьбы, уровню мозгового натрийуретического пропептида в сыворотке крови, а также характеру проводимого базисного лечения ХСН и гипогликемизирующей терапии. Оценивали эластические свойства крупных артерий путем анализа скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), изучали показатели МЦ.

Результаты. На фоне 16-недельной терапии с включением триметазида у пациентов 1-й группы достоверно уменьшились СРПВ в артериях эластического и мышечного типа на 12,3 % и 10,2 % соответственно. При проведении окклюзионной пробы в динамике снизилось количество парадоксальных проб на 13,4 % в 1-й группе по сравнению со 2-й группой, где снижение данного показателя составило 3,7 %. Анализ показателей МЦ в 1-й группе выявил статистически значимое снижение нейрогенного фактора регуляции МЦ на 15,2 % и достоверный рост показателя амплитуды миогенных колебаний на 13,9 %. Включение триметазида в комплексное лечение больных ХСН и СД оказывало положительное эндотелиотропное влияние МЦ, о чем свидетельствует достоверное увеличение амплитуды эндотелиальных колебаний сосуда на 17 % в 1-й группе больных. Разница между группами статистически значима.

Выводы. Включение триметазида (Тридукард МВ) в комплексное лечение больных ХСН и СД 2-го типа достоверно уменьшает жесткость магистральных артерий, а также статистически значимо улучшает показатели МЦ у этой категории пациентов.

Стеноз коронарных артерий и метаболический синдром при остром коронарном синдроме у мужчин

Стрельникова М.В., Синеглазова А.В., Вялова Т.А., Сумеркина В.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинская областная клиническая больница, Челябинск

Цель работы – оценить взаимосвязь выраженности коронарного стеноза с метаболическим синдромом и уровнем пероксидазы крови у больных ОКС. Материалы и методы. Исследование проходило на базе кардиологического отделения № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в

2014–2017 гг. Обследовано 50 мужчин, средний возраст – 55,5 ± 8,3 года. Было проведено стандартное клинико-лабораторно-инструментальное обследование. Всем больным проведена экстренная коронароангиография на аппарате SIEMENS Artis Zee Floor. Критическим стенозом принималось сужение просвета коронарной артерии более 70 %.

У всех пациентов оценены критерии метаболического синдрома по рекомендациям ВНОК (2007 г.), исследована пероксидаза плазмы иммуноферментным методом. Статистическая обработка выполнена в программе SPSS 22,0. Количественные и порядковые данные обработаны методами дескриптивной статистики и представлены в виде среднего арифметического и его средней ошибки ($M \pm m$). Межгрупповые различия оценивали с помощью U-критерия Манна–Уитни. Проведен непараметрический корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. В целом, в группе обследованных метаболический синдром был диагностирован в 68 % случаев ($n = 34$). Среднее значение пероксидазы = 3,81 ± 1,7 пг/мл. При проведении корреляционного анализа установлены прямая взаимосвязь максимального процента стеноза коронарных артерий с частотой метаболического синдрома ($r_s = 0,286$, $p = 0,044$) и обратная взаимосвязь с уровнем пероксидазы плазмы крови ($r_s = -0,385$, $p = 0,006$).

Первую группу с критическим коронарным стенозом составили 36 мужчин (72 %). Во 2 группу без критически значимых стенозов коронарных артерий включено 14 пациентов мужского пола (28 %). Средний возраст в группах был сопоставим и составил 56,89 ± 8,1 и 52,27 ± 8,2 года, соответственно ($p = 0,104$). Частота метаболического синдрома в 1 группе составила $n = 26$ (72,2 %), а во 2 группе – $n = 8$ (57,1 %).

При сравнении критериев метаболического синдрома в указанных группах установлен более высокий показатель глюкозы плазмы крови у лиц с критическим коронарным стенозом: в группе у пациентов с критическими стенозами средний показатель уровня глюкозы составил 6,017 ± 1,544, с некритическими – 5,16 ± 1,0155, при $p = 0,045$. Кроме того, наблюдалась тенденция ($p = 0,058$) к более высокому значению среднего уровня ХС-ЛПНП у пациентов с критическим стенозом 4,0 ± 1,28 ммоль/л и 3,26 ± 1,26 ммоль/л соответственно. Уровень пероксидазы имел тенденцию ($p = 0,061$) к более низким показателям у больных с критическим стенозом 3,53 ± 1,51 пг/мл и 4,48 ± 1,8 пг/мл.

Выводы. Критические стенозы коронарных артерий у больных острым коронарным синдромом прямо взаимосвязаны с наличием метаболического синдрома и обратно с уровнем пероксидазы плазмы крови. У этих больных отмечен более высокий уровень глюкозы крови.

Способ индивидуализации работы с психосоциальными факторами риска инфаркта миокарда

Таратухин Е.О., Кудинова М.А., Шайдюк О.Ю.

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

Цель работы – эффективность врачебных усилий по модификации ФР ограничивается действиями и бездействием самого пациента. Помочь выполнению врачебных рекомендаций по медикаментозной и немедикаментозной профилактике, повысить приверженность может индивидуализированный подход с применением психологических способов работы. Эти способы требуют практико-ориентированного изучения.

Материалы и методы. Были включены больные инфарктом миокарда ($n = 32$, возраст 32–86 лет, 18 мужчин) в период госпитализации или вскоре после выписки из стационара (5–21-й день от момента события). С ними было проведено полуструктурированное интервью в отношении заболевания в общем и факторов риска по ряду категорий, включая «Стресс», «Образ жизни», «Аффективность» и др. Данные интервью были обработаны методами контент-анализа, интерпретативным феноменологическим методом.

Результаты. Получен ряд категорий – проблем, которые не высказываются больными в рутинной клинической работе, если не обратиться к проблемам напрямую или посредством психологически опосредованных способов коммуникации, включая эмпатическое слушание. Среди таких категорий: изменение будущего в связи с заболеванием, утрата независимости, искажение гендерной роли, стигматизация состояния и диагноза, разного рода отношение к медикаментам и собственным ощущениям – симптомам. Полученные категории являются компонентами отношения пациентов к заболеванию и влияют на течение постинфарктного периода ввиду переживания, влияния на аффективное состояние. В дальнейшем данные категории могут быть положены в основу инструмента для рутинной врачебной работы с этой группой пациентов. Заключение. Эффективность профилактики сердечно-сосудистой патологии в значительной мере зависит от того, что переживает сам пациент, какова его мотивация и на чем она основана. В проведенном исследовании были выявлены некоторые элементы не высказываемых в обычной практике проблем, работа с которыми может быть полезна для повышения общей приверженности пациентов и для нормализации психологического фона, сопровождающего заболевание.

Цитокиновый профиль сыворотки крови как интегральный маркер процессов саногенеза у реконвалесцентов внебольничной пневмонии

Терехов И.В., Бондарь С.С., Аржников В.В.

Тульский государственный университет, Тула

Внебольничная пневмония (ВП) остается значимой медико-социальной проблемой, актуальность которой определяется, в том числе, высокой заболеваемостью и длительностью периода нетрудоспособности. В формировании исходов ВП важную роль играет состояние клеточной реактивности, модифицирующееся под влиянием молекул межклеточных взаимодействий – цитокинов, определяющих направление и силу иммунного ответа. При этом цитокиновый профиль сыворотки крови может рассматриваться в качестве интегрального критерия, характеризующего течение как процессов патогенеза, так и состояния саногенеза, позволяющего прогнозировать длительность восстановительного периода и развитие осложнений, в том числе, в случае повторного инфицирования. Целью настоящего исследования явилось изучение концентрации цитокинов в сыворотке крови в фазу разрешения ВП в зависимости от исходной степени тяжести заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 120 пациентов с внебольничной бактериальной пневмонией в возрасте 18–35 лет без сопутствующей патологии внутренних органов. В сыворотке крови на 18–21-е сутки заболевания методом ИФА определяли концентрацию ИЛ-1, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-17А, ИЛ-18, ИЛ-20, ИЛ-28А, ИЛ-33, VEGF-А, ИФН- γ , MCP-1, MIP-3 α , RAIL-1, G-CSF, ФНО- α . Тяжесть течения ВП оценивали с использованием шкалы CRB. В группу пациентов с тяжелой ВП включались больные, имевшие более 130 баллов по шкале PORT (V класс риска), в группу нетяжелой ВП – пациенты, имевшие от 90 до 130 баллов (IV класс риска).

Результаты. Проведенный анализ цитокинового профиля сыворотки крови больных ВП показал, что у реконвалесцентов нетяжелой ВП к исходу 3-й недели заболевания уровень ИЛ-1 β превышал значения практически здоровых лиц в 8,4 раза ($p = 0,001$), ИЛ-10 в 3,2 раза ($p = 0,01$), ИФН- α в 2,6 раза ($p = 0,013$), G-CSF в 2,9 раза ($p = 0,012$). У больных перенесших тяжелую ВП концентрация ИЛ-1 β превышала значения группы контроля в 5,2 раза ($p = 0,0019$), ИЛ-10 в 4,8 раза ($p = 0,0032$), ИФН- α в 2,3 раза ($p = 0,015$), G-CSF в 4,6 раза ($p = 0,0024$), ФНО- α – в 9,0 раз ($p = 0,0003$). Анализ соотношения продукции исследуемых медиаторов у больных с тяжелым и нетяжелым течением ВП свидетельствует о более выраженной продукции цитокинов сопровождающей течение тяжелой ВП. При этом в данной группе отмечалось повышение уровня ИЛ-18 на 41 % ($p = 0,031$), ИЛ-33 на 31,3 % ($p = 0,037$) и ФНО- α на 58,8 % ($p = 0,042$), ИЛ-8 на 405,9 %, МIP-3 α на 85,1 %. Проведенный анализ показал, что продукция ИЛ-8, VEGF-A, ИФН- γ , MCP-1, а также РАИЛ-1 у реконвалесцентов нетяжелой ВП, в целом, соответствовала таковой здоровых лиц. Вместе с тем, результаты исследования свидетельствуют о том, что в группе больных, перенесших нетяжелую ВП продукция ИЛ-1 β превышала продукцию данного цитокина в группе тяжелой ВП на 37,3 % ($p = 0,033$), РАИЛ-1 на 18,0 % ($p = 0,048$), ИЛ-17A на 12,0 % ($p = 0,06$), ИФН- α на 11,0 % ($p = 0,06$), ИЛ-28A на 8,0 % ($p = 0,07$). Вместе с тем, проведенный анализ показал, что концентрация ФНО- α у реконвалесцентов тяжелой ВП превышала уровень цитокина пациентов с нетяжелой формой заболевания в 5,1 раза ($p < 0,0001$), ИЛ-20 на 127,3 % ($p = 0,0001$), ИЛ-23 на 80 % ($p = 0,017$). Выводы. Тяжелое течение ВП в фазу реконвалесценции характеризуется повышением продукции цитокинов семейства ИЛ-1, в том числе, ИЛ-18 и ИЛ-33, а также ФНО- α и ИЛ-8, являясь следствием выраженной активации моноцитарно-макрофагального и нейтрофильного лейкоцитарного пула. Нетяжелое течение заболевания отличается повышенной продукцией РАИЛ-1, сочетающейся с повышенным уровнем ИЛ-1, определяющих сбалансированный характер активации иммунокомпетентных клеток у реконвалесцентов ВП. Высокая продукция провоспалительных цитокинов, в случае повторного инфицирования грамотрицательной микрофлорой, может способствовать развитию ОРДС, что определяет необходимость проведения мероприятий по иммунореабилитации больных, перенесших тяжелую ВП.

Особенности анемического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от состояния функции почек

Ткаченко Е.И., Боровкова Н.Ю., Звездочетова Н.А.

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

Цель работы – уточнить особенности анемического синдрома и его связь с функциональным состоянием почек у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. На базе кардиологического отделения НОКБ им. Н.А. Семашко было обследовано 42 пациента с ХСН, имеющих анемический синдром. Группу исключения составили пациенты с постгеморрагическими, алиментарными, гемолитическими, мегалобластными анемиями, сахарным диабетом, первичными заболеваниями почек, аутоиммунными заболеваниями. Причиной развития ХСН были гипертоническая болезнь в сочетании с ишемической болезнью сердца (37 человек, 88 %) и гипертоническая болезнь (5, 12 %). Средний возраст составил 61,55 \pm 12,91 года. Среди них было 16 мужчин (38 %) и 26 женщин (62 %).

Стадию (ст.) и функциональный класс (ФК) у лиц с ХСН определяли согласно классификациям (ЕОК, 2016), также проводили оценку по шкале клинического состояния больного ХСН (ШОКС, В.Ю. Мареев, 2014). Всем больным было сделано общеклиническое и инструментальное обследование. Оценивали показатель гемоглобина по общему анализу крови с помощью анализаторного метода. Анемией считали, если гемоглобин был ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин. У исследуемых оценивали функциональное состояние почек с помощью расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI (2011). Также определяли цистатин С методом иммуноферментного анализа (0,53–1,02 нг/мл). Для компьютерной обработки полученных данных использовался статистический пакет программ (StatSoft; Statistica 10,0). Результаты. Среди 42 обследованных больных с ХСН 29 человек имели IIА степень ХСН, 12 человек – IIБ и 1 человек – IV. По ФК – 22 человека имели II ФК, 18 человек – III ФК и 2 человека IV ФК. Среднее количество баллов по шкале ШОКС составило 6,61 \pm 2,36. В целом, анемия имела легкую или среднюю степень тяжести: у женщин уровень гемоглобина составил 111,42 \pm 10,39 г/л, у мужчин – 117,31 \pm 12,44 г/л. Она являлась нормохромной (MCH = 27,8 \pm 2,75 пг), нормоцитарной (MCV = 86,7 \pm 6,47 фл). По показателям функционального состояния почек получены следующие результаты. Можно констатировать то, что подавляющее число больных с ХСН и анемией имели те или иные признаки хронической болезни почек (ХБП): снижение скорости клубочковой фильтрации (менее – 90 мл/мин/м²) 38 человек (68,74 \pm 22,09 мл/мин/м²), повышенный уровень цистатина С – 40 человек (1,79 \pm 0,86 нг/мл), протеинурию – 15 человек (от 0,03 г/л до 2,3 г/л). Лишь 2 человека не имели признаков ХБП. При корреляционном анализе замечена прямая отрицательная зависимость между показателями гемоглобина и цистатина С ($r = -0,5575$, $p < 0,05$), а также значениями гематокрита и цистатина С ($r = -0,40$, $p < 0,05$). Выводы. Исследование показало, что анемический синдром у больных с ХСН связан с наличием нарушения функционального состояния почек.

Фактор некроза опухоли-альфа и интерлейкин-6 в патогенезе анемического синдрома хронической сердечной недостаточности с поражением почек

*Ткаченко Е.И., Боровкова Н.Ю., Серопян М.Ю., Нистратова М.П.,
Бакка Т.Е.*

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

Цель работы – изучить показатели фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с поражением почек.

Материалы и методы. На базе кардиологического отделения НОКБ им. Н.А. Семашко было обследовано 40 пациентов с ХСН, имеющих анемический синдром и те или иные признаки хронической болезни почек (ХБП). Не включали лиц, имеющих постгеморрагическую, алиментарную, гемолитическую, мегалобластную анемию, а также сахарный диабет, первичное заболевание почек, онкологическое, воспалительное, аутоиммунное заболевания. Причиной развития ХСН были гипертоническая болезнь в сочетании с ишемической болезнью сердца (35 человек, 87,5 %) и гипертоническая болезнь (5, 12,5 %). Средний возраст пациентов составил 62,5 \pm 12,4 года. Среди них было 14 мужчин (35 %) и 26 женщин (65 %). Стадию (ст.) и функциональный класс (ФК) у лиц с ХСН определяли согласно принятым классификациям (Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, 1935; ОССН, 2013; ЕОК, 2016). Всем больным

с ХСН проводили оценку по шкале клинического состояния (ШОКС, В.Ю. Мареев, 2014). Проводилось общеклиническое и инструментальное обследование. Оценивали показатель гемоглобина по общему анализу крови с помощью анализаторного метода. Анемией считали, если гемоглобин был ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин. Для исследования функционального состояния почек у больных рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI (KDIGO, 2011), а также определяли цистатин С методом иммуноферментного анализа (референсный интервал от 0,53 до 1,02 нг/мл). У всех пациентов оценивали уровень воспалительных цитокинов ФНО- α (референсный интервал от 0 до 6 нг/мл) и ИЛ-6 (референсный интервал от 0 до 10 нг/мл) методом иммуноферментного анализа. Для компьютерной обработки полученных данных использовался статистический пакет программ (StatSoft; Statistica 10.0).

Результаты. Среди 40 обследованных больных с ХСН 27 чел. имели IIA ст. ХСН, 12 – IIB ст. и 1 – IV ст. По ФК – 20 больных имели II ФК, 18 – III ФК и 2 – IV ФК. Среднее количество баллов по шкале ШОКС составило $6,72 \pm 2,36$. В целом, анемия имела легкую или среднюю степень тяжести: у женщин уровень гемоглобина составил $111,42 \pm 10,39$ г/л, у мужчин – $123,57 \pm 23,55$ г/л. Она являлась нормохромной (МСН = $27,82 \pm 2,82$ пг), нормоцитарной (MCV = $86,96 \pm 6,56$ фл). По показателям функционального состояния почек получены следующие результаты. Можно констатировать то, что практически все больные с ХСН и анемией имели те или иные признаки ХБП. Так, повышенный уровень цистатина С имели все 40 чел. ($1,79 \pm 0,86$ нг/мл), снижение скорости клубочковой фильтрации (менее – 90 мл/мин/м²) констатировано у 38 чел. ($68,74 \pm 22,09$ мл/мин/м²), протеинурия выявлена у 15 чел. (от $0,03$ г/л до $2,3$ г/л). В целом, по группе у исследуемых уровень ИЛ-6 составил $11,28 \pm 8,21$ нг/мл, а ФНО- α – $4,12 \pm 3,94$ нг/мл. Замечена прямая отрицательная зависимость между показателями гемоглобина и ФНО- α ($r = -0,45$, $p < 0,05$), гематокрита и ФНО- α ($r = -0,52$, $p < 0,05$). Кроме того, констатирована положительная зависимость между значениями цистатина С и ФНО- α ($r = 0,39$, $p < 0,05$). Обращала на себя внимание связь уровня ИЛ-6 со степенью тяжести ХСН по шкале ШОКС ($r = 0,44$, $p < 0,05$).

Выводы. При анемическом синдроме у больных ХСН зарегистрировано повышение показателей ФНО- α и ИЛ-6. Оно связано с нарушением функционального состояния почек и может иметь значение в патогенезе развития анемии у этих больных.

Особенности сахарного диабета у больных ишемической болезнью сердца в старческом возрасте

Тополянская С.В., Колонтай Т.М., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Баянскова Н.А., Калинин Г.А., Дворецкий Л.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Госпиталь для ветеранов войн № 3, Москва

Цель исследования – изучить распространенность и особенности сахарного диабета у больных ИБС в старческом возрасте.

Материалы и методы. Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 555 больных старше 75 лет, госпитализированных с диагнозом ИБС. Большинство пациентов (74,5 %) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 98 лет (в среднем $86,8 \pm 5,0$ года). Группу сравнения составили 36 больных ИБС и сахарным диабетом в возрасте от 50 до 65 лет.

Результаты. Сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе обнаружены у 20,7 % больных ИБС в старческом возрасте. Сахарный

диабет был диагностирован в 78,5 % случаев, нарушение толерантности к глюкозе – в 21,5 %. Возраст на момент постановки диагноза сахарного диабета составлял в среднем 73,2 года (от 40 до 92 лет). Время от момента диагностики диабета до включения в исследование варьировало от 0 до 40 лет (в среднем 11,9 года). При сравнении пациентов старческого возраста с сахарным диабетом и без него выявлено следующее. Перенесенный ИМ был зарегистрирован в анамнезе более чем у трети (у 37,6 %) больных сахарным диабетом и лишь у 21,1 % пациентов с нормальным углеводным обменом ($p = 0,0001$). Пациенты с сахарным диабетом достоверно чаще переносили острое нарушение мозгового кровообращения ($p = 0,003$). Более половины больных сахарным диабетом имели повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови (59,4 % по сравнению с 36,6 % пациентов без диабета; $p < 0,0001$). Избыточная масса тела и ожирение достоверно чаще наблюдались при сахарном диабете, а индекс массы тела у этих больных в среднем был выше – $31,2$ кг/м² по сравнению с $28,7$ кг/м² у лиц без нарушений углеводного обмена ($p = 0,001$). У пациентов с нарушениями углеводного обмена регистрировались более высокие цифры систолического ($p = 0,01$) и диастолического ($p = 0,03$) АД. При сравнении гликемического профиля лиц старческого возраста и больных сахарным диабетом в возрасте 50–65 лет выявлено следующее. У пациентов старческого возраста с сахарным диабетом уровень глюкозы был существенно ниже во всех временных точках. Наибольшие различия зарегистрированы для уровня глюкозы натощак ($6,8$ и $8,5$ ммоль/л, соответственно; $p = 0,0003$) и для концентрации глюкозы в 9 ч утра ($6,2$ и $8,1$ ммоль/л, соответственно; $p = 0,0001$). В группе лиц 50–65 лет глюкозурия выявлялась в 27,8 % случаях, тогда как у больных старческого возраста лишь в 11,8 % случаев ($p = 0,004$). Уровень глюкозурии у больных 50–65 лет был достоверно выше ($p = 0,02$). Кроме того, зарегистрированы существенные различия между больными сахарным диабетом в старческом возрасте и пациентами 50–65 лет по уровню триглицеридов ($1,6$ и $3,6$ ммоль/л, соответственно; $p = 0,0003$) и ХС-ЛПВП ($1,2$ и $0,87$ ммоль/л, соответственно; $p = 0,03$). У больных сахарным диабетом в старческом возрасте была выявлена достоверная позитивная корреляция между длительностью заболевания и уровнем гликемии ($r = 0,38$, $p = 0,005$), а также соответствующая отрицательная корреляция между возрастом начала диабета и уровнем гликемии ($r = -0,31$, $p = 0,01$). Кроме того, была обнаружена положительная корреляция между концентрацией триглицеридов и уровнем глюкозы в плазме крови натощак ($r = 0,27$, $p = 0,01$), а также отрицательная корреляция между содержанием ХС-ЛПВП в сыворотке крови и уровнем гликемии ($r = -0,35$, $p = 0,04$). У всех включенных в исследование больных старческого возраста имелись признаки атеросклероза (макроангиопатии), другие осложнения сахарного диабета регистрировались менее чем у 10 % пациентов. В 72 % случаев для лечения больных сахарным диабетом в старческом возрасте использовались различные пероральные сахароснижающие препараты, монотерапия инсулином проводилась у 10,4 % пациентов, комбинированная терапия инсулином и пероральными сахароснижающими препаратами – у 6,4 %; 11,2 % больных старались соблюдать диету. Наиболее часто применяемыми пероральными сахароснижающими препаратами были препараты сульфонилмочевины (у 72 из 125 больных) и бигуаниды (в 29 случаях).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об особенностях сахарного диабета у лиц старческого возраста, страдающих ИБС, по сравнению с пациентами более молодого возраста. Сахарный диабет в старческом возрасте отличается более мягким течением, относительно низким уровнем гликемии и глюкозурии и меньшим числом различных осложнений. Для больных старческого возраста характерно общезвестное увеличение риска различных сердечно-сосудистых осложнений и метаболических нарушений.

Минеральная плотность костной ткани у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца

Тополянская С.В., Осиповская И.А., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Баясникова Н.А., Калинин Г.А., Дворецкий Л.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Госпиталь для ветеранов войн № 3, Москва

Цель исследования – изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и показателей ее метаболизма у больных ИБС старше 85 лет. Материалы и методы. Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое к сентябрю 2017 г. было включено 166 больных старше 85 лет, госпитализированных с диагнозом ИБС. Большинство участников исследования (64,3 %) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 85 до 98 лет, составляя в среднем 89,2 ± 2,9 года. МПКТ измеряли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Lunar Prodigy Advance (GE). У 37 больных были определены маркеры метаболизма костной ткани: концентрацию остеокальцина в сыворотке крови определяли иммунохемилюминесцентным методом, уровень beta-Cross Laps (продуктов деградации коллагена I типа) – электрохемилюминесцентным методом.

Результаты. Нормальные показатели МПКТ в поясничном отделе позвоночника отмечены у 44,6 % пациентов, остеопороз и остеопения в этом участке скелета диагностированы у 27,7 % больных (каждое патологическое состояние). МПКТ в поясничном отделе позвоночника составила в среднем 1029,7 ± 221,4 мг/см³, а Т-критерий –1,1SD (варьируя от –4,4 до 3,7SD). В проксимальном отделе бедренной кости МПКТ была существенно ниже, составляя в среднем 747,9 ± 167,2 мг/см³, а Т-критерий –1,8 SD (варьируя от –6 до 1,8 SD). В шейке бедренной кости средняя МПКТ достигала 669 ± 136,5 мг/см³, а Т-критерий –2,3 SD. Нормальные показатели МПКТ в проксимальном отделе бедренной кости отмечены у 19,2 % пациентов, остеопороз – у 42,5 %, а остеопения в этом участке скелета диагностирована у 38,3 % больных. У женщин МПКТ во всех отделах скелета была ожидаемо ниже, чем у мужчин; наибольшие различия наблюдались в проксимальных отделах бедренных костей. МПКТ проксимального отдела левой бедренной кости у женщин составляла в среднем 701,8 мг/см³, у мужчин – 829,5 мг/см³ (р < 0,0001); МПКТ проксимального отдела правой бедренной кости – 704,5 и 832,4 мг/см³, соответственно (р < 0,0001). При корреляционном анализе обнаружена положительная корреляция между МПКТ и индексом массы тела больных (r = 0,3; р = 0,0001 – для МПКТ поясничного отдела позвоночника; r = 0,3; р = 0,0009 – для МПКТ проксимального отдела бедренных костей). Средний уровень остеокальцина у пациентов старческого возраста с ИБС составил 2,4 нг/мл (от 0 до 10 нг/мл); у 10,2 % обследованных больных содержание остеокальцина было меньше нижней границы нормы. Средняя концентрация β-Cross Laps достигала 0,62 нг/мл (варьируя от 0,16 до 2,3 нг/мл). Незначительное повышение уровня β-Cross Laps отмечено у 17,1 % больных старческого возраста. Выявлена отрицательная корреляция между концентрацией β-Cross Laps и МПКТ, особенно в проксимальном отделе бедра (r = –0,4, р = 0,03). При сравнении групп больных с ХСН (IIБ–III стадии) и без признаков клинически значимой сердечной недостаточности обнаружено, что МПКТ у больных ХСН снижена (как в абсолютных значениях, так и по Т-критерию). Наибольшие различия зарегистрированы в проксимальном отделе бедра: МПКТ у больных ХСН составляла 677,7 мг/см³, без ХСН – 782,3 мг/см³ (р = 0,02). МПКТ в шейке бедренной кости у больных ХСН достигала в среднем 619,7 мг/см³, а у пациентов, не страдающих ХСН – 685,8 мг/см³ (р = 0,04). При проведении регрессионного анализа было

обнаружено, что наиболее значимыми факторами, определяющими состояние МПКТ в проксимальном отделе бедренных костей, являются наличие ХСН (коэффициент β = –0,375; р = 0,005) и женский пол (β = 0,698; р < 0,0001). Среди традиционных факторов риска остеопороза у обследованных больных ИБС часто отмечалась склонность к падениям и очень низкая физическая активность (вплоть до длительной иммобилизации).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об особенностях минеральной плотности и метаболизма костной ткани у лиц старческого возраста, страдающих ИБС. Обнаружена достаточно высокая доля больных с нормальными показателями МПКТ, особенно – в поясничном отделе позвоночника. Продемонстрировано снижение функции остеобластов на фоне незначительного усиления костной резорбции. Показано, что минеральная плотность костной ткани у лиц с тяжелой хронической сердечной недостаточностью заметно снижена по сравнению с больными ИБС, не имеющими признаков клинически значимой ХСН. Целесообразно дальнейшее изучение состояния костной ткани у пациентов старческого возраста с ИБС с участием большего числа больных.

Частота встречаемости симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни в зависимости от функционального класса сердечной недостаточности у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией

Третьяков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования – изучить частоту встречаемости симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц с сочетанной сердечной патологией на фоне абдоминального ожирения первой степени в зависимости от ФК сердечной недостаточности (СН).

Материалы и методы. Обследовано 47 человек. Все обследуемые лица страдали артериальной гипертензией (АГ) 3 стадией и ИБС, стенокардией напряжения, ФК 1–2. В зависимости от функционального класса сердечной недостаточности группа была разделена на три подгруппы. Первую составили 20 человек с СН ФК 1 (средний возраст 68,8 ± 2,0 года), вторую 12 человек с СН ФК 2 (средний возраст 73,1 ± 2,0 года), третью – 15 человек с СН ФК 3 (средний возраст 75 ± 2,0 года). Использовалась анкета-опросник GerdQ для диагностики гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и шкала наиболее частых симптомов ГЭРБ (Frequency Scale for Symptoms of GERD, FSSG), по которой оценивали общую сумму баллов, симптомы, связанные с рефлюксом и нарушением моторики пищевода. Для определения ФК ХСН была использована шкала оценки клинического состояния в модификации В.Ю. Мареева. Группы были сопоставимы по ИМТ, который был соответственно 31,2; 31,3; 33,2.

Результаты. В группе лиц второй группы, в отличие от первой, отмечались более высокие значения общего балла по опроснику GerdQ на 11,2 % (р < 0,05), а в третьей группе, по сравнению с лицами второй группы, общий балл был на 26,4 % выше (р < 0,05). При этом величина балла по вопросам группы А (выраженность симптомов, свидетельствующих в пользу ГЭРБ) во второй группе, по сравнению с первой, не отличалась, а в третьей, в отличие от второй, наблюдалась величина в 2,8 раза большая (р < 0,05). Средняя величина балла по вопросам группы В (ставящих диагноз ГЭРБ под сомнение) во второй группе, по сравнению с

первой была на 18,5 % выше ($p < 0,05$), а в третьей группе, по сравнению со второй на 40 % ниже. Величина среднего балла по вопросам группы С (показывающих влияние заболевания на качество жизни) во второй группе не отличалась от величины первой группы, а в третьей группе по сравнению со второй была в 4,5 раза большая ($p < 0,05$). В первой группе низкая вероятность ГЭРБ выявлена у 80 %, выраженная – у 20 %; во второй группе низкая вероятность – у 91,6 %, выраженная у 8,4 %. В третьей группе низкая вероятность была у 40 %, выраженная у 60 %. Согласно шкале FSSG величина общей суммы баллов во второй группе, по сравнению с первой была на 34,4 % выше ($p < 0,05$), а в третьей группе, по сравнению со второй в 1,7 раза выше ($p < 0,05$); величина баллов, отражающих симптомы связанные с рефлюксом во второй группе, по сравнению с первой существенно не отличалась, а в третьей группе, по сравнению со второй, на 40 % выше ($p < 0,05$), а величина симптомов, отражающих нарушение моторики пищевода, во второй группе, по сравнению с первой была на 40 % выше ($p < 0,05$), а в третьей группе, по сравнению со второй в 1,69 раза выше ($p < 0,05$), чем во второй.

Выводы. Таким образом, у лиц с СН выявляются симптомы, свидетельствующие в пользу ГЭРБ. С увеличением ФК СН нарастают симптомы, связанные с ГЭРБ и ухудшением качества жизни, повышается процент лиц с выраженной вероятностью наличия ГЭРБ.

Частота встречаемости неалкогольной жировой болезни печени при артериальной гипертензии в зависимости от возраста

Третьяков С.В.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

Цель исследования – изучить частоту встречаемости неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных с первичной АГ в зависимости от возраста. Материал исследования. Обследовано 38 больных с АГ 2–3 стадий. В зависимости от возраста группа была разделена на подгруппы. Первую составили 12 больных (средний возраст 50,3 года); вторую – 10 больных (средний возраст 67,8 года); третью – 16 больных (средний возраст 78,2 года).

Материалы и методы. Типы дислипидемий устанавливали согласно критериям классификации дислипидемий ВОЗ. Индекс стеатоза печени (ИСП) рассчитывался по формуле Lee Jeong-Hoon (2010). Для определения степени выраженности фиброза печени использовалась дискриминантная счетная шкала Bonacini. Полученные данные соотносили со стадией фиброза по шкале METAVIR (О.Н. Микушкин, 2012). Изучение функционального состояния печени включало определение активности АЛТ и АСТ аминотрансфераз, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТФ), общего белка, альбумина, общего билирубина, протромбинового индекса по общепринятым методикам. Исключалось алкогольное, вирусное, аутоиммунное и лекарственное поражение печени.

Результаты. С увеличением возраста отмечается уменьшение ИСП: в группе пожилых, по сравнению с группой среднего возраста, на 5,7 %, в группе старческого возраста, по сравнению с пожилыми, на 14,5 % ($p < 0,05$). При этом в группе пожилых отмечается уменьшение уровня АЛТ на 19,6 % ($p < 0,05$), по сравнению с группой среднего возраста, а в группе старческого возраста, по сравнению с пожилыми, на 12,4 % ($p < 0,05$). На этом фоне в группе пожилого возраста, по сравнению с группой среднего возраста наблюдается рост ХС-ЛПВП на 21,7 % ($p < 0,05$), в группе старческого

возраста, по сравнению с пожилыми, на 17 % ($p < 0,05$). В группе среднего возраста стеатоз выявлен у 75 % больных, в группе пожилого возраста у 70 %, в группе старческого возраста у 50 %. При этом дислипидемия 2а выявлена у 37,5 % лиц старческого возраста, у 40 % пожилого, в группе среднего возраста выявлена не была. Дислипидемия 2б выявлена у 50 % лиц среднего возраста, у 10 % пожилых и у 12,5 % старческого. Дислипидемия 4-го типа выявлена у 50 % лиц среднего возраста, у 30 % пожилого, у 37,5 % лиц старческого возраста. Величина индекса массы тела имела зависимость от возраста: у лиц среднего возраста отмечалось ожирение у 75 %, пожилого – у 30 %, старческого – у 50 %. Таким образом, с увеличением возраста на фоне уменьшения уровня АЛТ, повышается уровень ХС ЛПВП, уменьшается ИСП и частота встречаемости стеатоза. При этом отмечается изменение состава дислипидемий: у лиц среднего возраста преобладает дислипидемия 2б, у пожилого и старческого – 2а и 4.

Удовлетворенность качеством жизни больных ревматоидным артритом в зависимости от наличия различных компонентов метаболического синдрома

*Трубникова Н.С., Шилова Л.Н., Хортиева С.С., Морозова Т.А.,
Королик О.Д.*

*Волгоградский Государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25,
Волгоград*

В современной медицинской практике все большее внимание уделяется не просто достижению клинической и лабораторной ремиссии у пациентов, но и сохранению качества их жизни. Все чаще встречаются случаи, когда у пациентов заболевание суставов протекает на фоне метаболического синдрома. Метаболический синдром также оказывает негативное влияние на трудоспособность, увеличивает риск инвалидизации, сокращает продолжительность жизни в среднем на 7–12 лет. Оценивая эффективность терапии обычно основываются на клинических, лабораторных и инструментальных методах исследования. Однако не менее важным будет являться собственная оценка самочувствия, физическая и социальной активности, возможность сохранения привычного образа жизни пациентом.

Цель исследования – изучение удовлетворенности качеством жизни больных, страдающих ревматоидным артритом, в зависимости от наличия проявлений метаболического синдрома.

Материалы и методы. В рамках данного исследования, проводимого на базе ревматологического отделения ГУЗ ГКБ СМП № 25 г. Волгограда, было обследовано 50 человек в возрасте 30–70 лет (15 мужчин и 35 женщин, средний возраст – 54,6 года), с достоверным диагнозом ревматоидного артрита (РА) (согласно критериям ACR/EULAR 2010 г. (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Rheumatoid arthritis classification criteria) с ФК II–IV. Контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц, репрезентативных по возрасту и полу основной группе. Для оценки выраженности компонентов метаболического синдрома (МС) использовались критерии МС по рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов 2010 г. Респонденты были разделены в три группы: 1-я группа – РА (50 человек, средний возраст – 54,6 года); 2-я группа – РА и МС (32 человека, что соответствует 64 % от общего числа респондентов, средний возраст – 61,2 года); 3-я группа – условно здоровые, без компонентов МС (20 человек, контрольная группа. Средний

возраст – 46,1 года). Для анализа качества жизни респондентов и оценки эмоционального статуса использовались: общий опросник для оценки связанного со здоровьем качества жизни SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey); анкета оценки здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire).

Результаты. По данным исследования, из 50 пациентов (среди них 70 % (35) женщин и 30 % (15) мужчин) МС зарегистрирован у 64 % (32 пациента): 59,4 % (19) составляют женщины, 40,6 % (13) – мужчины). При проведении общего опросника SF-36 показатели медиан всех параметров (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, соматическая боль, общее состояние здоровья, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье) ниже у пациентов с сочетанием РА и МС по сравнению с лицами, болеющими лишь РА и значительно ниже, чем у респондентов из контрольной группы. Максимальная разница медиан фиксировалась при оценке физического функционирования (86 в контрольной группе, 29 в группе больных РА, 15 в группе сочетанной патологии). Минимальная разница отмечалась при оценке психического здоровья (59 в контрольной группе, 54 в группе больных РА, 51 в группе больных РА в сочетании с признаками достоверного МС. Достоверность различий $p = 0,001$. При рассмотрении разницы медиан в группах, установлено, что максимально низкие показатели у пациентов с определенными компонентами МС: нарушением толерантности к глюкозе (48 % случаев) и АГ (62 %). Значения индекса HAQ у больных с РА и МС выше по сравнению с больными РА и контрольной группой. От 0,94 в контрольной группе, 1,97 в группе больных РА, до 2,01 в группе с сочетанием РА и МС. Максимальные значения индекса наблюдались у пациентов с такими компонентами метаболического синдрома как абдоминальное ожирение (78 %) и АГ (58 %).

Выводы. Больные РА в сочетании с проявлениями МС имеют более низкий уровень удовлетворенности качеством жизни, по сравнению с больными только РА и практически здоровыми лицами. Наиболее значительными компонентами МС, влияющими на качество жизни у больных РА является АГ, абдоминальное ожирение и нарушение толерантности к глюкозе.

Распространенность факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди студентов 1 курса медицинского университета

Туровина Е.Ф., Гагина Т.А., Перетягина Н.Р.

*Тюменский государственный медицинский университет,
Тюмень*

Цель работы – выявить распространенность ФР развития ХНИЗ среди обучающихся медицинского университета, оценить уровень их мотивации к ведению здорового образа жизни. Задачи: Изучить распространенность поведенческих ФР среди студентов 1 курса медицинского университета. Оценить уровень информированности студентов 1 курса медицинского университета о ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний в целях своевременной организации профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведено анкетирование студентов 1 курса медицинского университета. Было предложено заполнить персонализированную анкету для выявления ФР и хронических неинфекционных заболеваний, рекомендованная ФГБУ ГНИЦ ПМ МЗ России. Статистическая обработка материала проведена с помощью программы SPSS.

Результаты. Были опрошены студенты в возрасте 18–20 лет, из них 36 % студентов мужского и 64 % – женского пола. Повышенное артериальное давление и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям были выявлены у 10 % респондентов. Наследственность по онкологическим заболеваниям отягощенная у 6 % опрошенных. Распространенность табакокурения составила 15,5 %, каждый 7 имел опыт курения в прошлом. Самым распространенным фактором риска является недостаточная физическая активность – 62 % студентов оценили свою физическую активность как низкую. Более половины обучающихся отметили у себя признаки нерационального питания по недостаточному употреблению овощей и фруктов и избыточному употреблению простых углеводов и соли. Каждый девятый из числа опрошенных подтвердил употребление алкоголя или наркотиков. Более 80 % респондентов хотели бы повысить уровень знаний по влиянию факторов образа жизни на состояние здоровья.

Выводы. Среди студентов 1 курса медицинского университета выявлен высокий уровень распространенности поведенческих ФР – низкой физической активности и нерационального питания и низкий уровень информированности о влиянии их на здоровье. При этом, подавляющее большинство имеют высокую мотивацию к ведению здорового образа жизни. В условиях обучения в медицинском университете необходимы усилия всех подразделений и создание «единой профилактической среды», направленные на коррекцию поведенческих ФР, формирование современной культуры здорового образа жизни и создание условий для сохранения здоровья.

Мониторинг variability медико-физиологических показателей больных гипертонической болезнью, протекающей на фоне сахарного диабета 2-го типа

Усков В.В.

*Воронежская городская клиническая больница № 3,
Воронеж*

Актуальность. Одной из важнейших задач системы здравоохранения состоит в том, чтобы дать пациенту, страдающему гипертонической болезнью, протекающей на фоне сахарного диабета, возможность вести полноценный образ жизни и иметь при этом хорошую клиническую компенсацию заболевания, т. е. дать почувствовать себя здоровым.

Цель исследования – разработка информационной технологии мониторинга эффективности лечения больных гипертонической болезнью, протекающей на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач использовались клинические методы, положения теории системного и многомерного статистического анализа, математического и компьютерного моделирования, экспертного оценивания.

Результаты. Для организации всесторонних исследований применялись экспертные системы, предназначенные для постановки диагнозов и помощи в выборе средств терапии, создании условий эффективного лечения, предсказания исходов лечения и т.д. Предлагаемая экспертная система предназначена для удовлетворения потребности врача и больного в достоверной информации о качестве и эффективности лечения. Экспертная система имеет модульную структуру, которая включает в себя конструктор предметной области, исследовательский модуль и экспертный модуль. Исследовательский модуль содержит отобранные статистические функции и процедуры для проведения анализа variability медико-физиологических данных. Интерфейсный модуль

является связующим звеном, который обеспечивает выбор режима и управляет работой подсистем и контролирует оптимальность проводимого лечения. Статистический анализ сравнительного эксперимента показал, что применение разработанной экспертной системы в мониторинге терапии приводит к статистически значимому улучшению лабораторных показателей, что способствует лучшей компенсации заболевания. Выводы. Разработанное программное и информационное обеспечение мониторинга основных показателей при лечении гипертонической болезни, протекающей на фоне сахарного диабета показало эффективность и статистическую достоверность разработанных положений о процессе самоконтроля, ситуациям и возможности интеграции с другими комплексами.

Лечение сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа при условиях применения цитопротекторной и метаболической терапии

Усков В.В.

Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

Актуальность. Лечение сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией, протекающей на фоне сахарного диабета остается одной из центральных проблем внутренних болезней.

Цель исследования – изучение клинической эффективности лечения сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией, протекающей на фоне сахарного диабета 2-го типа при условии назначения цитопротекторной и метаболической терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились больные АГ с сердечной недостаточностью, протекающей на фоне сахарного диабета. Пациенты основной группы были разделены на 3 подгруппы: 1-я основная подгруппа (18 человек) лечение проводилось с применением цераскона, 2-я основная подгруппа (18 человек) – получали дибикор, 3-я основная подгруппа (19 человек) получала комбинацию препаратов.

Результаты. Клиническая эффективность базисного лечения была достаточной. Использование метаболической и цитопротекторной терапии способствовало хорошему клиническому эффекту. Применение дибикора и цераскона по сравнению с обычным базисным лечением оказало содействие нормализации АД, что создало позитивные условия для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом типа 2, по сравнению с традиционным лечением данной патологии. Комбинация препаратов, способствовала повышению эффективности антигипертензивной терапии у данной категории больных, что следует рассматривать как положительный момент в профилактике поздних сосудистых осложнений сахарного диабета 2-го типа по сравнению с традиционной терапией, при сокращении сроков стационарного лечения на 1–2 дня, у пациентов отмечалась тенденция к улучшению основных параметров жирового обмена.

Выводы. Модификация терапии с включением в нее композиции цитопротекторной и антиоксидантной терапии способствует улучшению основных клинических признаков патологии при артериальной гипертензии в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, повышению эффективности антигипертензивной терапии, нормализация АД,

параметров гликемического профиля и снижению уровня гликированного гемоглобина, положительно воздействуют на нарушенный липидный обмен за счет достоверного снижения уровня триглицеридов, что уменьшает риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Использование методов математической теории эксперимента в оптимизации лечения больных сахарным диабетом

Усков В.М., Усков М.В., Маркова Е.В.

Воронежский институт государственной противопожарной службы МЧС России, Воронежская городская клиническая поликлиника № 1, Воронеж

Актуальность. С позиций системного анализа, пациент представляет собой авторегулирующуюся систему, находящуюся под постоянным воздействием множества внутренних и внешних факторов со стороны окружающей среды.

Цель работы – повышение эффективности лечения больных сахарным диабетом с использованием разработанных современных методов планирования эксперимента.

Материалы и методы. В течение длительного времени производятся измерения гликемии. Количество измерений в сутки задается врачом. Затем с помощью полученных оценок изменчивости устанавливают контрольные пределы карт статистического контроля.

Результаты. Статистическое моделирование поведения системы, основанное на современных методах планирования эксперимента, проводится исследователем только на основе фактических данных. Информация, собранная при активном эксперименте по математически обоснованному плану, учитывающему цели эксперимента и методы обработки результатов, имеет большую ценность. Алгоритмизация плана эксперимента обеспечивает повышенную точность модели в целом, точность числовых коэффициентов, независимость их определения, минимизации числа опытов и т. д. Методы математической теории эксперимента позволяют решать задачи исследования, описания и оптимизации многофакторных объектов и явлений наиболее эффективным образом, получая максимум информации при минимальных затратах. В основу этой методологии исследования многофакторных объектов положены принципы современной теории эксперимента. Постановка многофакторных экспериментов позволяет во много раз точнее оценивать эффекты влияния факторов, а также влияние их взаимодействий. Задача исследования систем, характеризующихся значительным числом взаимосвязанных параметров, заключается в установлении зависимости между входными параметрами – факторами и выходными параметрами – показателями качества функционирования системы и определения уровней факторов, оптимизирующих выходные параметры системы.

Выводы. При посторонних воздействиях, результаты не могут рассматриваться как происходящие из одного и того же источника и никакое стабильное распределение нельзя использовать для его представления. Процесс находится в состоянии статистического контроля (статистически управляемый процесс), если лежащее в его основе распределение остается практически неизменным во времени. При статистически неуправляемом процессе, нельзя правильно оценить его возможности.

Применение моксонидина в лечении больных артериальной гипертензией, протекающей на фоне ожирения

Усков В.М., Усков М.В., Маркова Е.В.

Воронежский институт государственной противопожарной службы МЧС России, Воронежская городская клиническая поликлиника № 1, Воронеж

Актуальность. АГ относится к наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из основных факторов риска является ожирение, распространенность которого значительно увеличилось за последние три десятилетия.

Цель работы – оценка эффективности моксонидина на динамику клинических, электрокардиографических и гемодинамических показателей.

Материалы и методы. Больные, получавшие в процессе комплексного лечения моксонидин входили в основную (первую) группу. Те пациенты, при лечении которых моксонидин не применялся, составляли контрольную (вторую) группу.

Результаты. Все пациенты с гипертонической болезнью, включенные в исследование, имели повышенный вес. При поступлении болевой синдром имел различную степень интенсивности и длительности. У больных обеих групп при поступлении параметры по характеру и локализации болей, их иррадиации, количеству осложнений, частота сердечных сокращений (ЧСС), нарушениям ритма и проводимости достоверно значимых различий не имели ($p > 0,05$). При назначении моксонидина течение АГ, протекающей на фоне ожирения было более благоприятным, а именно, уменьшалось число сердечных сокращений, купировались и не возобновлялись приступы пароксизмальной тахикардии, значительно снижалось количество больных с мерцательной аритмией и экстрасистолией. Динамика ЭКГ показала, что 1 группе, где лечение проводилось с назначением моксонидина, наблюдалось более быстрое возвращение зубца Т к изолинии (на 7–10-й день), а затем принимал положительную форму. На 30-й день заболевания все больные этой группы имели положительный зубец Т. ЧСС достоверно не менялась. Динамика уровня КДИ имела тенденцию к росту. Однако в 1 группе КДИ увеличивался медленнее, чем во 2. Аналогичная динамика прослеживалась и при наблюдении за уровнем КСИ. В течение всего процесса лечения КСИ увеличивался. Показатели УО и УИ до 10-го дня заболевания практически не отличались от исходных данных ни в основной группе, ни в контрольной. Хотя в 1 группе наблюдалась небольшая тенденция к снижению. Различия на протяжении всех дней наблюдения, как между собой, так и относительно исходного уровня, статистически достоверной значимости не имели.

Выводы. При лечении больных АГ, протекающей на фоне ожирения комбинацией традиционной терапии и моксонидина, установлены значимые позитивные изменения клинических, электрокардиографических и гемодинамических показателей.

Поддержка принятия решений врача при диагностике опухолевых заболеваний тощей и подвздошной кишки

Федоров Е.Д., Иванова Е.В., Раузина С.Е., Селезнев Д.Е., Будыкина А.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Городская Клиническая больница № 31, Клиника К+31, Москва

Введение:

Диагностика и лечение заболеваний тощей и подвздошной кишки – сложная задача, которая на протяжении многих лет остается актуальной для гастроэнтерологов, хирургов, онкологов, эндоскопистов. Даже для опытных клиницистов проблемы своевременной диагностики и объективно обоснованного лечения кровотечений, опухолевых, воспалительных, а также редких заболеваний тощей и подвздошной кишки несут в себе существенные трудности.

Попытки разработки правил диагностики заболеваний ЖКТ, автоматизации обработки эндоскопических изображений, в том числе видеокапсульных, учеными из разных стран предпринимаются. Однако реального использования представленных подходов в клинической практике не обнаружено.

Цель:

Разработка алгоритма оценки типа опухолевых поражений тощей и подвздошной кишки на основе видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) для поддержки принятия тактических решений врача.

Материалы и методы:

В исследование вошли результаты обследования и лечения 65 пациентов (мужчин – 35, женщин – 30, в возрасте от 18 до 80 лет (средний возраст 46 ± 28 лет)), у которых за период с октября 2008г. по апрель 2017г. в ГКБ №31 и АО «Клиника К+31» была проведена ВКЭ. По результатам ВКЭ был выявлен 181 случай изменений тощей и подвздошной кишки. Каждый опухолевый объект перед нашим исследованием был гистологически верифицирован. Применялись производители различных систем капсульной эндоскопии – Olympus (Япония), MicroCam Intromedic (Корея), PillCam Given Imaging (Израиль), OMOM Chongqing Jinshan Science & Technology (Китай). Результаты:

С помощью экспертов был получен перечень из 30 признаков и их градаций, которые важны для оценки типа поражения тощей и подвздошной кишки по видеокапсульному изображению. Из полученных признаков статистически значимыми (влияющими на разделение объектов на группы) оказалось 8: пол пациента, деформация стенки/просвета кишки, ход складок, полиповидные изменения, сосудистый рисунок, регулярность слизистой, дольчатое строение образования и цвет слизистой оболочки. С использованием неоднородной Байесовской диагностической процедуры и расчетом диагностических коэффициентов был разработан трехуровневый алгоритм дифференциальной диагностики опухолевых поражений тощей и подвздошной кишки.

Выводы:

1. С помощью экспертов НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, отделения оперативной эндоскопии ГКБ № 31 были выделены 30 параметров, необходимых для оценки типа новообразования тощей и подвздошной кишки с использованием ВКЭ, и определен диапазон их изменений.
2. Сформирована база данных о случаях поражения тощей и подвздошной кишки в соответствии с формализованным описанием видеокапсульного исследования и материалами историй болезней пациентов (181 объект).
3. Для дифференциальной диагностики типов опухолевого поражения тощей и подвздошной кишки по материалам ВКЭ, классифицированных по ВОЗ на 4 группы, с учетом корреляций, определено 8 высоко статистически значимых параметров: пол пациента, деформация стенки/просвета кишки, ход складок, полиповидные изменения, сосудистый рисунок, регулярность слизистой, дольчатое строение и цвет слизистой оболочки.
4. Разработан алгоритм оценки типа новообразования тощей и подвздошной кишки для групп: неопухолевые/норма (чувствительность=86%, специфичность=92%), эпителиальные доброкачественные опухоли (чувствительность=89%, специфичность=93%), неэпителиальные доброкачественные опухоли (чувствительность=86%, специфичность=97%), злокачественные опухоли (чувствительность=89%, специфичность=93%).

5. Разработанный алгоритм реализован в виде программного модуля «Заключение по капсуле» с помощью интегрированной среды разработки Visual Studio и языка программирования C#.

Состояние витамин D-обмена у эндокринологически здоровых пациенток с первичным бесплодием, проживающих в Рязани и Рязанской области

Филатова Т.Е., Давыдов В.В., Низов А.А.

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

Цель работы – оценить состояние витамин D-обмена у эндокринологически здоровых пациенток с первичным бесплодием, проживающих в Рязани и Рязанской области. В опытную группу (ОГ) были включены 32 здоровые женщины в возрасте от 18 до 25 лет, направленные гинекологом к эндокринологу с проблемой первичного бесплодия за период с мая по август 2017 г. Контрольную группу (КГ) составили 13 эндокринологически здоровых женщин аналогичного возраста без нарушения фертильности. Помимо общеклинического обследования, измерения АД, расчета индекса массы тела, оценки функции щитовидной железы (тиреотропный гормон, свободный тироксин и антитела к тиреопероксидазе), у всех пациенток оценивался уровень витамина D. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Уилкоксона. Статистическая значимость данных устанавливалась при $p < 0,05$. Были получены следующие результаты. У всех пациенток ОГ выявлено сниженное содержание витамина D в крови с медианой 21 (15;25) нг/мл. Из них у 9 человек (28 %) установлен дефицит витамина D с медианой 17 (15;19) нг/мл, а у 23 (72 %) – недостаточность витамина D с медианой 24 (22;25) нг/мл. У здоровых пациенток КГ так же выявлено недостаточное содержание витамина D в крови с медианой последнего 27 (26;29) нг/мл, однако, на 28,5 % выше, чем в ОГ ($p < 0,05$). Выводы. У эндокринологически здоровых пациенток фертильного возраста, проживающих в Рязани и Рязанской области, выявлено недостаточное содержание витамина D в крови даже в летний период.

Оптимизация терапии сочетанной кардиальной патологии у лиц пожилого и старческого возраста с использованием электромагнитных излучений низкой интенсивности в контексте полиморбидности

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель работы – разработать персонализированные программы комплексной терапии больных АГ, ИБС и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого и старческого возраста с учетом сопутствующей патологии на основании сравнительного анализа влияния электромагнитных излучений (ЭМИ) низкой интенсивности – крайне высокой частоты (КВЧ), низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) и их комбинации на гемодинамику.

Материалы и методы. Обследовано 369 больных с сочетанием АГ, ИБС и ХСН (средний возраст $77,6 \pm 5,6$ года), М (SD)), из них 58 женщин. АГ 1 степени имелась у 38 % пациентов, 2 степени – у 22 %, 3 степени – у 18

%. Достигнутую нормотензию на фоне амбулаторной медикаментозной коррекции имели 22 % больных. В структуре ИБС преобладала стабильная стенокардия напряжения – у 82 % пациентов (средний ФК $2,1(0,2)$), инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 12 %, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий – у 18 %. Все пациенты имели ХСН со средним ФК $2,3(0,3)$. Сопутствующая ХОБЛ отмечена у 136 (37 %) пациентов: легкой степени – у 53 %, средней степени тяжести – у 28 %, тяжелая – у 19 %. СД 2-го типа имелся у 103 (28 %) пациентов. Больные рандомизировались в группы: 1-я – 157 человек, получавших в комплексной терапии НИЛИ: 52 – 10 сеансов внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), 62 – наочно на кардиальные зоны Захарьина–Геда и 43 – последовательно 5 сеансов ВЛОК и 10 сеансов наочно; 2-я – 70 больных, получавших 10 сеансов излучения КВЧ длиной волны 5,6 мм на 3-4 шейные позвонки (38 человек) или верхнюю треть грудины (32 человека); 3-я – 45 больных, чередовавших сеансы НИЛИ на кардиальные зоны с КВЧ-излучением на верхнюю треть грудины; 4-я – 90 больных, получавших только фармакотерапию (ФТ). Все пациенты принимали сопоставимую медикаментозную терапию согласно стандартам. Всем проводилась эхокардиография.

Результаты. У больных пожилого и старческого возраста с АГ + ХСН + ИБС исходно имелось повышение системного АД, признаки дилатации полостей сердца, гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), диастолической дисфункции обоих желудочков и легочной гипертензии. К концу курса лечения у всех пациентов произошло снижение САД и ДАД с достижением целевых значений. Более выраженным гипотензивный эффект был при использовании КВЧ-терапии и ее комбинации с НИЛИ. Значимое снижение объема левого предсердия (ЛП) произошло во всех группах, а ЛЖ – только у больных, получавших НИЛИ и его комбинацию с КВЧ. Наибольшее снижение параметров геометрии и оптимизация функции ЛЖ достигнуты в группе НИЛИ + КВЧ. Структурные и функциональные параметры правых отделов сердца улучшились только у больных, получавших физиотерапию, без различий эффекта по группам. Среднее давление в легочной артерии снизилось только у больных, получавших НИЛИ, в большей степени при комбинации его с ЭМИ КВЧ. У лиц с сопутствующей ХОБЛ в равной степени оптимизирующее влияние на структуру и функцию сердца оказала комплексная терапия с НИЛИ и НИЛИ + КВЧ; различия с группой ФТ были статистически значимы. У больных с сопутствующим СД 2-го типа наибольшее позитивное влияние на гемодинамику оказал комплекс КВЧ-лазеротерапии.

Выводы. 1. Включение ЭМИ миллиметрового диапазона и НИЛИ в комплекс терапии больных АГ + ИБС + ХСН пожилого и старческого возраста усиливает гипотензивный эффект фармакотерапии, способствует благоприятной структурно-функциональной перестройке сердца. Более выраженное влияние на АД оказывает комплекс с КВЧ-излучением, на параметры внутрисердечной гемодинамики – с КВЧ-лазеротерапией. 2. У лиц с сопутствующей ХОБЛ наибольшим гемодинамическим эффектом обладают комплексы ФТ + НИЛИ и ФТ + НИЛИ + КВЧ, с СД 2 типа – ФТ + НИЛИ + КВЧ.

Трудности диагностики и лечения HLA-B27-ассоциированного спондилоартрита у пациента с множеством внескелетных проявлений заболевания

Финоженко В.Г., Инамова О.В., Гайдукова И.З., Мазуров В.И.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Клиническая ревматологическая больница № 25, Санкт-Петербург

Внедрение новых подходов к диагностике и лечению спондилоартритов (СПА) является залогом их раннего выявления и успешной терапии. Вместе

с тем в клинической практике врач может встретиться с объективными трудностями в определении нозологической формы СпА и в его лечении. Цель работы – на клиническом примере показать особенности диагностики и подбора лечения у пациента с множеством внескелетных проявлений аксиального СпА (аксСпА). Материалы и методы. Выполнен анализ особенностей развития и лечения аксСпА (1986–2015) у мужчины 1965 г. р. без отягощенной наследственности по СпА.

Результаты. Наблюдали пациента, у которого в январе 1986 г. (21 год) через несколько нед. после подтвержденной острой хламидийной инфекции дебютировал уретро-окуло-синовиальный синдром. Выставлен диагноз реактивного артрита (РеА), начата терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) с неполным положительным эффектом: артрит нижних конечностей разрешился, воспалительные боли в спине сохранялись. В 24 года (1990) появились признаки правостороннего сакроилиита, продолжена терапия НПВП по требованию. Установлено носительство HLA-B27 антигена. В 33 года (1998) подтвержден двусторонний сакроилиит II стадии, рекомендован прием сульфасалазина 2 г/сут (прием нерегулярный из-за диспепсии), продолжен прием НПВП. В 37 лет (2002) выявлен аортит с формированием аортальной недостаточности, атриовентрикулярной блокады I степени, и миокардит с внутривентрикулярной блокадой. На основании Нью-Йоркских критериев верифицирован анкилозирующий спондилит (АС). Проведена пульс-терапия глюкокортикоидами, добавлен преднизолон внутрь (40 мг/сут со снижением до 10–7,5 мг/сут). Лечение с эффектом в виде уменьшения активности СпА. Формирование ХСН потребовало выполнить протезирование аортального клапана в 38 лет (2003). Назначение метотрексата неудачно из-за диспепсии. В 40 лет (2005) появился ограниченный псориаз, продолжена терапия низкими дозами преднизолона и НПВП в режиме «по требованию». В 43 года (2008) впервые наблюдался эписклерит обоих глаз. В 46 лет (март 2011 г.) после кишечного кровотечения при фиброколоноскопии выявили язвенный колит (ЯК), назначен салофальк по 4 г/сут с достижением клинико-эндоскопической ремиссии. При рентгенографии от июля 2015 г. (50 лет) сакроилиит соответствовал IV стадии. Пациент продолжал прием НПВП в режиме «по требованию», прием эгилора, ингибиторов протонной помпы, назначены бисфосфонаты (в/в). Обсуждение. Наблюдаемый нами СпА одновременно соответствует классификационным критериям РеА, АС, ПСА, артрита, ассоциированного с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), ведение которых имеет особенности. Так, при псориазе нежелательно применение глюкокортикоидов, плаквенила, в-блокаторов и др. Наличие ВЗК требует осторожности в назначении НПВП и исключает применение этанерцепта и ингибиторов ИЛ, а лечение аксСпА, напротив, требует постоянного приема НПВП в максимальных дозах и длительно. Поражение сердца с развитием ХСН затруднило назначение и-ФНО- α . Таким образом, формулировка диагноза является залогом грамотного лечения, и в представленном случае составлена так: Основные заболевания: Аксиальный спондилоартрит, ассоциированный с носительством HLA-B27 антигена, псориазом, воспалительным заболеванием кишечника, рентгенологический (двусторонний сакроилиит IV стадии), активность высокая, с внескелетными проявлениями в анамнезе (эписклерит Out, аортит с формированием аортальной недостаточности и протезированием аортального клапана в 2003 г., миокардит), олигоартрит, ФК 2. Псориаз папулезно-бляшечный. Язвенный колит. Осл: ХСН II А (ФКЗ по NYHA). Атриовентрикулярная блокада I степени. Медикаментозный синдром Иценко–Кушинга. Стероидный остеопороз. Рецидивирующее желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе. Активность аксиальных, периферических и внескелетных проявлений оценивали и указывали отдельно. Патогенетическое лечение решено

выполнять с применением моноклональных АТ к ФНО- α , от которых больной отказался.

Выводы. Объективные сложности в постановке диагноза и подборе терапии в клинической практике могут возникнуть при работе с пациентами СпА, имеющими множество внескелетных проявлений, возникающими одновременно и требующими мультидисциплинарного подхода. Наличие полиорганного вовлечения повышает риск развития нежелательных явлений лечения и затрудняет оценку межлекарственных взаимодействий, в связи с чем подбор терапии у пациентов с большим числом внескелетных проявлений СпА лучше проводить в условиях стационара.

Гастродуоденальные язвы, ассоциированные с приемом нестероидных противовоспалительных средств, и кальциевый дисбаланс

Фомина Л.А.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Рецидив язвенной болезни (ЯБ) протекает на фоне дисфункции кальцийрегулирующей системы, кальциевого дисбаланса. Однако гастродуоденальные язвы (ГДЯ) нередко носят симптоматический характер и связаны с применением нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

Цель исследования – изучить состояние кальциевого баланса, как показателя функциональной активности кальцийрегулирующей системы при симптоматических гастродуоденальных язвах (СГДЯ), ассоциированных с приемом НПВС, и его связь с выраженностью язвенного процесса, состоянием регионарной микроциркуляции и функций желудка в сопоставлении с ГДЯ при рецидиве ЯБ.

Материалы и методы. Обследовано 28 больных с ГДЯ, из которых были сформированы две группы, сопоставимые по возрасту, полу и локализации язв, по 14 человек в каждой, средний возраст пациентов каждой группы $49,9 \pm 3,8$ года. Первая группа включала пациентов с рецидивом ЯБ, вторая – больных с СГДЯ на фоне приема НПВС. У всех больных изучали выраженность клинических симптомов, эндоскопических изменений, кальций крови, показатели секреторной и моторной функций желудка, регионарную микроциркуляцию в биоптатах слизистой оболочки (СО) периязвенной зоны.

Результаты. До начала лечения у больных с рецидивом ЯБ болевой синдром выявлялся у 13 (92,9 %) из 14 обследованных, а с СГДЯ только у 6 (42,9 %) пациентов, при этом выраженность болевых ощущений преобладала при рецидиве ЯБ. Диспепсические жалобы отмечались у всех (100 %) пациентов рецидивом ЯБ и 9 (64,3 %) обследованных с СГДЯ. Следует отметить, что среди пациентов 2-ой группы отсутствие клинических проявлений выявлено у 5 больных (35,7 %). Изучение кальция крови показало, что у всех обследованных с ГДЯ выявляется существенное ($p < 0,05$) его повышение по сравнению со здоровыми лицами. При этом у больных с СГДЯ кальциемия в целом, при локализации язв в желудке и у женщин была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у обследованных с рецидивом ЯБ. Изучение регионарной микроциркуляции в биоптатах СО периязвенной зоны выявило, что у всех обследованных отмечались ее нарушения, однако более значимому увеличению кальция крови при СГДЯ сопутствовали более выраженные сосудистые и внутрисосудистые нарушения, а рецидиву ЯБ – периваскулярные изменения конечного кровотока. Исследование состояния секреторной и моторной функций желудка показало, что СГДЯ протекали на фоне более выраженного повышения кислотообразования, значимого в стимулированную фазу секреции, существенного сниженного

уровня гастромукопротеидов и увеличения моторики желудка по данным величин амплитуды биопотенциалов электрогастрограмм по сравнению с пациентами с рецидивом ЯБ. Полученные данные свидетельствуют, что повышение кальциемии при СГДЯ как и при рецидиве ЯБ является одним из проявлений дисфункции кальцийрегулирующей системы, способствующих активации основных механизмов ulcerогенеза.

Заключение. СГДЯ, ассоциированные с НПВС, как и рецидив ЯБ протекают на фоне значимого увеличения кальция крови, способствующего формированию микроциркуляторных расстройств, повышению кислотно-пептического фактора, развитию гипермоторного дискинеза желудка, усиливающих этим патогенетические механизмы ulcerозного процесса при использовании НПВС.

Анализ заболеваемости инфекцией *C. difficile* в многопрофильном стационаре

Хаммад Е.В., Никитин И.Г., Хаммад В.А., Шелковникова О.В., Федосова Н.Ф.

Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России, Москва

Заболеваемость инфекцией, вызванной *Clostridium difficile* (*C. difficile*), продолжает расти с каждым годом, но при этом лечение остается проблематичным из-за устойчивости возбудителя к существующим схемам лечения и высокого риска рецидива болезни. Основным клиническим проявлением инфекции *C. difficile* является диарея. К факторам риска заболевания, как правило, относят: возраст старше 65 лет, антибиотико- и иммуносупрессивную терапию, применение ингибиторов протонной помпы, воспалительные заболевания кишечника и коморбидные состояния.

Целью нашего исследования являлось изучение причины развития диареи во время госпитализации в стационаре широкого профиля за 2016–2017 гг. Материалы и методы. В исследование были включены 150 случаев из историй болезней пациентов (65 мужчин и 85 женщин), у которых диарея возникла в период госпитализации в многопрофильный стационар. Основной контингент исследуемых составили пациенты с неврологическими нарушениями, которые длительное время находились в стационаре для проведения реабилитации, а также пациенты с черепно-мозговыми травмами, онкологическими заболеваниями и различными осложнениями после ортопедических операций. Для определения токсинов А и В *C. difficile* в стуле, был применен метод ИФА с использованием тест-системы Хрест *C. difficile* Toxin A/B (Oxoid/Remel, США).

Результаты. Инфекция, вызванная *C. difficile* была верифицирована в 92 случаях (61 %; у 57 женщин и 35 мужчин). Доля пациентов, у которых причиной инфекции послужил прием антибактериальных препаратов, составила 82 % (75/92). При этом мы обнаружили, что временной интервал до возникновения диареи различался в зависимости от возраста пациентов. У больных до 65 лет диарея возникала, как правило, на 3-м месяце пребывания в стационаре, в то время как у лиц старше 65 лет, диарея развивалась менее чем через две недели пребывания в стационаре. В ходе изучения историй болезней онкологических больных, было установлено, что у них диарея возникала преимущественно после 2-го и 3-го курсов химиотерапии. Весьма любопытными оказались результаты тестов на определение токсинов А и В *C. difficile*. В 82 случаях (82/92; 89 %) выявлялся токсин В, в 8 случаях – токсин А (8/92; 9 %) и, наконец, одновременное присутствие токсинов А и В обнаружилось в 2 случаях (2/92; 2 %). Развитие псевдомембранозного колита наблюдалось у 7 пациентов (6 %). Мы также

обнаружили, что у трех пациентов многопрофильного стационара была диагностирована фульминантная форма *C. difficile*, которая привела к летальному исходу вследствие токсического мегаколона. Примечателен тот факт, что во всех трех случаях пациенты относились к группе коморбидных пациентов и у них обнаруживался исключительно токсин В.

Выводы. Исходя из результатов нашего исследования, мы можем предположить, что наличие токсина В повышает риски развития токсического мегаколона у пациентов с *C. difficile*, в то время как одновременное присутствие двух токсинов – А и В не является прогностическим фактором развития болезни. Лица старше 65 лет менее устойчивы к инфицированию *C. difficile* в условиях стационара. Риск развития клостридиальной инфекции значительно повышается у онкобольных, проходящих 2-й или 3-й курс химиотерапии даже, если они не находятся на постоянном стационарном лечении. Таким образом, полученные нами данные в очередной раз указывают на необходимость соблюдения санэпидрежима в стационарах широкого профиля и разработки оптимальных комплексов мер по профилактике инфекции *C. difficile*, выработке алгоритмов лечения для предотвращения развития фульминантных форм инфекции и псевдомембранозного колита.

Ассоциация сывороточных уровней сурфактантного белка А и сурфактантного белка D с клиническими характеристиками у пациентов с внебольничной пневмонией

Харламова О.С., Воевода М.И., Рагино Ю.И., Николаев К.Ю.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Сурфактантный белок А (SP-A) и сурфактантный белок D (SP-D) участвуют в опсонизации бактериальных патогенов, их последующем фагоцитозе и киллинге, а также модулируют иммунный ответ. Известно, что SP-A и SP-D синтезируются в легких. Исследования эффективности использования SP-A и SP-D в качестве специфических маркеров воспалительных заболеваний легких в настоящее время, на наш взгляд, заслуживает внимания.

Цель работы – изучение уровня SP-A и SP-D в сыворотке крови у больных с пневмонией, оценить их взаимосвязи с клиническими характеристиками. Материалы и методы. Основную группу составили 196 пациентов с пневмонией, средний возраст $54,4 \pm 16,2$ (M \pm SD) года, контрольную группу составили 58 пациентов без пневмонии, средний возраст $54,1 \pm 15,5$ (M \pm SD) года. Мы определяли клинические показатели у пациентов при поступлении в стационар. Измерение сывороточного уровня SP-A и SP-D проводили методом иммуноферментного анализа на анализаторе Multiscan. Данные были проанализированы с помощью Т-теста, теста Манна–Уитни, корреляции Спирмена и логистической регрессии. Различия считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. Уровень SP-A был выше у пациентов с пневмонией, чем в контрольной группе ($p = 0,003$), уровень SP-D не отличался между группами ($p = 0,336$). Риск развития пневмонии был связан с повышенным уровнем SP-A (ОШ 1,014; 95 % ДИ 1,001–1,026; $p = 0,032$). Уровень SP-A ассоциирован с кашлем ($p = 0,329$, $p < 0,001$), болью в груди ($p = 0,197$, $p = 0,002$) и одышкой ($p = 0,325$, $p < 0,001$). Уровень SP-D также связан с одышкой ($p = 0,222$, $p < 0,001$).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что сывороточный уровень сурфактантного белка А может быть перспективным диагностическим маркером пневмонии. Кроме того, мы показали, что уровень SP-A связан с тяжестью этого заболевания.

Показатели давления в легочной артерии у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких

Хелимская И.В., Бондарь В.Г.

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1, Хабаровск

Проведено ультразвуковое исследование давления в легочной артерии у 31 пациента с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 21 пациент с БА, 25 пациентов с сочетанием ХОБЛ + БА со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания. Результаты исследования показали, что у пациентов с БА, ХОБЛ и сочетанием ХОБЛ + БА расчетное давление в ЛА было достоверно выше в сравнении с группой здоровых лиц ($p < 0,05$). Так, средний показатель давления в ЛА у пациентов с БА был равен $23,2 \pm 2,6$ мм рт.ст., в группе пациентов с ХОБЛ – $27,3 \pm 3,2$ мм рт.ст., в группе с сочетанной патологией – $31,74 \pm 3,3$ мм рт.ст. Анализируя степень легочной гипертензии установлено, что процент пациентов с сочетанной патологией ХОБЛ + БА с высокими цифрами давления был значительно выше, чем при ХОБЛ и у пациентов с БА. Давление более 30 мм рт.ст. встречалось у 10 % пациентов с сочетанной патологией, у 3 % при ХОБЛ и не отмечалось у лиц с БА. В то же время показатели ЛГ менее 20 мм рт.ст. зафиксированы у 50 % пациентов с БА, и ни у одного пациента с ХОБЛ и сочетанной патологией. Давление в пределах 25-30 мм рт.ст. в равной мере встречалось у пациентов с ХОБЛ и ХОБЛ + БА и только у 5 % лиц, страдающих БА. У пациентов с БА в 45 % случаев давление оставалось в диапазоне от 20 до 24 мм рт.ст., тогда как у пациентов с ХОБЛ и сочетанной патологией процент больных с аналогичным давлением в ЛА был равен 7 % и 10 %, соответственно. Если говорить о влиянии степени тяжести заболевания на давление в ЛА, то было отмечено, что при средней степени тяжести ХОБЛ 58 % больных имели давление в ЛА от 25 до 30 мм рт.ст. (в среднем $26,5 \pm 2,4$ мм рт.ст.), а у 42 % данный показатель находился в пределах от 20 до 24 мм рт.ст. (в среднем $22,6 \pm 1,8$ мм рт.ст.) По мере утяжеления заболевания процент больных с повышенным давлением в ЛА ($28,5 \pm 1,4$ мм рт.ст.) возрастал и составил 86 %. У остальных 14 % больных с тяжелой степенью ХОБЛ давление в ЛА превысило 30 мм рт.ст. и составило в среднем $32,6 \pm 2,3$ мм рт.ст. Таким образом, ХОБЛ и сочетание ХОБЛ + БА оказывают более негативное влияние на микроциркуляторное русло и повышение давления в легочной артерии, чем БА.

Взаимосвязь уровня системного воспаления, сатурации крови и давления в легочной артерии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой

Хелимская И.В., Бондарь В.Г.

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1,
Хабаровск

Нами были проанализированы показатели уровня СРБ, сатурации кислорода крови методом лазерной доплеровской флоуметрии и давления в легочной артерии у 31 пациента с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 25 человек с сочетанием ХОБЛ + БА и 21 пациента с БА средней и тяжелой степени тяжести. В группе здоровых лиц уровень СРБ был равен $6,02 \pm 1,4$ мг/л. У 71 % пациентов с ХОБЛ данный

параметр был выше нормы ($18,04 \pm 1,4$ мг/л, $p < 0,01$). При сочетании ХОБЛ и БА повышение СРБ было зафиксировано у 60 % пациентов, где средний уровень СРБ составил $21,05 \pm 3,32$ мг/л ($p < 0,01$). У пациентов с изолированным течением БА показатель СРБ составил $11,32 \pm 2,07$ мг/л, что достоверно ниже, чем у пациентов с ХОБЛ и сочетанной патологией ($p < 0,01$). По мере возрастания степени тяжести ХОБЛ возрастал и уровень СРБ. Так, у пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести ХОБЛ среднее значение СРБ было $14,02 \pm 2,07$ мг/л и $22,04 \pm 3,17$ мг/л соответственно ($p < 0,01$). Пациенты с ХОБЛ и сочетанием ХОБЛ + БА, имеющие повышение СРБ характеризовались наибольшим снижением показателей сатурации капиллярной крови ($54,32 \pm 0,32$ % и $51,48 \pm 0,18$ % соответственно) и более высокими показателями давления в легочной артерии ($28,31 \pm 1,34$ и $31,32 \pm 1,27$ мм рт.ст.) по отношению к пациентам с нормальными значениями СРБ ($57,23 \pm 1,64$ % и $26,42 \pm 1,82$ мм рт.ст. соответственно) $p < 0,05$. Таким образом, сочетание ХОБЛ + БА влечет за собой более тяжелые изменения в организме, чем при изолированном течении БА и ХОБЛ.

Артериальная гипертензия среди лиц с хронической абдоминальной болью и желудочно-кишечной диспепсией

Хлынова О.В., Иванюк Е.С.

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

Цель работы – изучить распространенность АГ среди пациентов с хронической абдоминальной болью и желудочно-кишечной диспепсией. Было проведено обследование 205 пациентов с хроническим болевым абдоминальным синдромом, симптомами желудочной и кишечной диспепсии, явившихся клиническим проявлением хронических заболеваний органов системы пищеварения. Все пациенты проходили стационарное лечение в гастроэнтерологическом или терапевтическом отделениях ЛПУ г. Перми. Всем пациентам проводили общеклинические исследования, включающие: опрос и анкетирование, физикальный осмотр, определение индекса массы тела (ИМТ), измерение АД по методу Короткова, общеклинические лабораторные методы исследования, ЭКГ исследование и СМАД. Для подтверждения диагноза АГ учитывали рекомендации ВНОК (2011, 2014), с исключением симптоматических АГ. Для верификации диагноза патологии ЖКТ пациентам проводили: УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), колоноскопию, ирригоскопию, рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта с барием (по показаниям). В результате среди обследованных оказалось 61 пациент с верифицированной АГ (29,77 % из группы). Структура АГ у них характеризовалась существенным преобладанием II стадии ГБ, зарегистрированной у 47 человек (77,05 %). АГ III стадии была выявлена у 9 человек (14,75 %), а АГ I стадии – у 5 человек (8,2 %). При изучении частоты встречаемости различных степеней АГ выявлено, что в данной группе встречались пациенты преимущественно со 2 степенью повышения АД (59,02 %). При этом пациенты принимали следующие гипотензивные препараты: ингибиторы кальция – 60 % пациентов и ингибиторы АПФ – 40 % пациентов. Таким образом, частота встречаемости АГ среди лиц с хроническим болевым абдоминальным и диспепсическим синдромами соответствовала среднестатистической величине распространенности АГ среди взрослого населения Российской Федерации – в пределах 30-40 %. При этом доминирующей характеристикой АГ у обследованных пациентов были – II стадия и 2 степень повышения АД.

Микробиота кишечника и питание: философия взаимоотношений

Хорошилов И.Е.

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

В организме человека существуют, по последним данным, более 100 трлн бактерий нескольких тысяч видов, а генетический материал этих микроорганизмов в 150 раз превосходит количество человеческих генов. По сути, сам человек представляет собой не один организм, а сложную биологическую систему или «надорганизм». В последние годы все более активно изучается состав кишечной микробиоты при различных видах патологии. Так, обнаружены характерные ее изменения при ожирении, аллергических заболеваниях, синдроме раздраженного кишечника, некоторых видах рака и т. д. Однако остается открытым вопрос: первичны или вторичны эти изменения микробиоты? И между дисбиозом и данной патологией имеется ли причинно-следственная или только ассоциативная связь? Так, при глютеновой целиакии развиваются характерные дисбиотические изменения в кишечнике с увеличением грамотрицательных и уменьшением грампозитивных бактерий. Однако в последние годы высказывается точка зрения, что именно дисбиоз и является основной причиной развития кишечной непереносимости глютена. Также показано, что изменения кишечной микрофлоры (увеличение грамотрицательных бактерий на фоне простагландиновой недостаточности и митохондриальной дисфункции) могут играть решающую роль при развитии энтеропатий, индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. На формирование кишечного микробиома оказывают наибольшее влияние генетика, экология, питание, стрессы и медикаменты, особенно антибиотики. Известно, что питание оказывает во многом определяющую роль на видовой и количественный состав кишечной микрофлоры. Так, формирование характерного для данного индивида микробиоценоза происходит к концу первых 1000 дней жизни с момента рождения и связано с переходом от грудного вскармливания на питание обычной, смешанной пищей. Характер питания и потребляемой пищи оказывают безусловное влияние на видовой состав кишечной микрофлоры. Так, при соблюдении «средиземноморской диеты» увеличивается количество лакто- и бифидобактерий, в то время как у приверженцев традиционной «западной пищи» в кишечнике преобладают бактероиды и актинобактерии. Увеличение нерастворимой клетчатки в рационе питания приводит к уменьшению фирмикутов и протеобактерий. Существует и альтернативная точка зрения, что состав кишечной микрофлоры определяет пищевые предпочтения и даже обуславливает склонность к развитию ожирения или истощения. Известно, что кишечные бактерии расщепляют клетчатку, образуют короткоцепочечные жирные кислоты (бутират, ацетат, пропионат) и некоторые витамины (в частности, группы В – тиамин, рибофлавин, фолиевую кислоту и др.). Показано, что снижение количества бактероидов и превотелл приводит к оксидативному стрессу, воспалению, развитию и прогрессированию ожирения. Этому способствует диета с преобладанием животных жиров и снижением в рационе свежих овощей, фруктов, клетчатки, витаминов-антиоксидантов и рыбы. Высказывается и точка зрения, что измененная кишечная микробиота может способствовать образованию триметиламинооксида (ТМАО) из холина или L-карнитина красного мяса. Но холин входит в состав фосфатидилхолина – компонента клеточной мембраны, а L-карнитин является переносчиком жирных кислот в митохондрии для их последующего там окисления. Поэтому эта гипотеза нам представляется спорной. Для этого механизма в кишечнике должна быть бактерия *Acinetobacter baumannii* – очень опасный

патоген, не встречающийся у здоровых лиц. С другой стороны, опасные нитрозосоединения (нитрозоамины и нитрозоамиды), образуемые бактериями в желудке при переваривании жареного мяса, могут обладать проканцерогенным эффектом и действительно приводить к развитию рака желудка.

В последнее время активно изучается ось взаимодействий «кишечник–микробиота–мозг», развивается так называемая нутриционная психиатрия, связанная с назначением «психобиотиков», в частности, при депрессии. Негативные эмоции, стресс приводит к активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с выбросом кортизола и подавлением иммунитета, развитием дисбиоза и хронического воспаления. Недавние исследования показали, что регулярные физические нагрузки способствуют нормализации кишечного микробиома. Физические упражнения могут повысить количество полезных микроорганизмов, видовое разнообразие микрофлоры, а также способствуют развитию симбиотических бактерий.

Опыт применения этилметилгидроксипиридина сукцината у пациентов с узловой эритемой в остром периоде

Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

В настоящее время признано, что узловая эритема (УЭ) – это септальный панникулит, протекающий преимущественно без васкулита, обусловленный неспецифическим иммуновоспалительным процессом. В настоящее время дискуссионной проблемой является определение характера воспалительных изменений сосудистой стенки и/или подкожной жировой ткани при УЭ. Причины преимущественной локализации УЭ на голенях неизвестны. Предполагается, что имеет значение уникальное для голеней сочетание относительно слабого артериального кровоснабжения и ослабления венозного оттока вследствие выраженности гравитационного эффекта и недостаточности мышечной помпы голеней. При остром течении УЭ морфологические изменения локализуются главным образом в подкожной жировой клетчатке, а в дерме обнаруживается лишь неспецифическая периваскулярная инфильтрация с рассеянными скоплениями лимфоидных и гистиоцитарных клеток. Представляло интерес изучить влияние антигипоксанта и антиоксиданта этилметилгидроксипиридина сукцината на быстроту исчезновения клинических проявлений при остром течении УЭ. Под нашим наблюдением находилось 30 больных УЭ острого течения (20 женщин и 10 мужчин) в возрасте 20–45 лет. Диагностика проводилась на основании клинических критериев. У всех наблюдаемых в дебюте заболевания была субфебрильная температура, слабость, снижение аппетита и миалгии. У 4 пациентов на момент обращения констатирована I стадия (созревания) с розовыми, умеренно болезненными уплотнениями без четких границ; у 26 больных – II стадия (развернутая) с болезненными ярко-красно-багровыми узелками размерами от 1 до 5 см в диаметре с четкими границами и пастозностью окружающих тканей. У большинства пациентов (25) основная локализация высыпаний – область голеней и бедер; у 5 человек – помимо нижних конечностей имелись высыпания в области проксимальных отделов верхних конечностей. Суставной синдром с поражением голеностопных суставов наблюдался у 16 пациентов; коленных и голеностопных суставов – у 5 больных. Продолжительность заболевания у большинства пациентов (26) была около 3 недель, у остальных – до 7 дней. Часть больных имели коморбидный фон: у 26 – хронический декомпенсированный тонзиллит с бактерионосительством

Streptococcus группы А, 15 человек – гипертоническую болезнь, 7 человек желчно-каменную болезнь, 4 больных – ожирение, 6 чел. сахарный диабет, 3 больных – хронический пиелонефрит. Больные были произвольно разделены на 2 группы по 15 человек. В первой группе пациентам были назначены: мелоксикам 15 мг/сут внутримышечно в течение 3 дней, затем 15 мг/сут перорально в течение 2 мес; аппликации с 33 % раствором диметилсульфоксидом 2 раза в день в течение 10–15 дней; троксерутин 2 % гель 2 раза в сутки (утром и вечером) на пораженные участки кожи в течение 10–15 дней; кларитромицин 0,25 г 2 раза в сутки в течение 7 дней; затем физиотерапевтическое лечение-электро (фоно) форец с гидрокортизоном (1 % мазь) на узлы № 10. Больным второй группы, помимо перечисленных выше лекарственных средств с первых дней лечения был добавлен этилметилгидроксипиридина сукцинат по 250 мг перорально 3–4 раза в сутки в течение 6 нед. На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалась нормализация температуры тела, улучшение аппетита и общего самочувствия, обратная динамика суставного синдрома и кожных высыпаний с развитием в начале III стадии заболевания с высыпаниями в виде безболезненных подкожных или сине-желто-зеленого цвета (симптом «синяка») уплотнений без четких границ, а затем – полное исчезновение всех клинических проявлений. По временному критерию обратная динамика суставного и кожного синдромов была достоверно быстрее у пациентов 2-й группы: через $21 \pm 2,3$ и $14 \pm 1,2$ дня соответственно. Особенно быстро позитивная динамика наблюдалась у больных 2-й группы с локализацией высыпаний в области голеней.

Выводы. 1. Добавление к стандартной терапии УЭ острого течения этилметилгидроксипиридина сукцината позволяет быстрее достичь регресса клинической картины заболевания, особенно при локализации высыпаний в области голеней. 2. Предполагается, что антигипоксическое и антиоксидантное действие этилметилгидроксипиридина сукцината приводит к улучшению слабого артериального кровоснабжения и усилению венозного оттока голеней, что позитивно воздействует кожный и суставной синдромы. 3. Добавление к лечению этилметилгидроксипиридина сукцината позволяет параллельно положительно влиять на коморбидную патологию.

Оценка параметров локальной ригидности общих сонных артерий как предиктора синдрома раннего сосудистого старения

Хромова А.А., Саямова Л.И., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель работы – оценить структурно-функциональные свойства артерий у здоровых и больных ИБС с разной степенью поражения коронарных артерий (КА) в разных возрастных группах.

Материалы и методы. В исследование включен 191 человек в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $49,5 \pm 10,2$ года). 135 больных с ИБС после проведения КАГ были разделены на 2 группы: в первую вошли 64 человека без гемодинамически значимых стенозов (ГЗС) коронарных артерий, вторую составил 71 пациент с ГЗС 1 венечного сосуда. Контрольную группу составили 56 здоровых лиц. В целях выявления возрастных изменений сосудистого русла все пациенты были разделены на 2 когорты: 35–49 лет и 50–65 лет. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, росту, ИМТ, уровню офисного АД. Локальную жесткость общих сонных артерий (ОСА) изучали ультразвуковым методом с использованием технологии высокочастотного сигнала RF прибором MyLab 90 (Esaote, Италия) по показателям: QIMT – толщина комплекса интима/медиа, коэффициент

поперечной податливости СС, коэффициент поперечной растяжимости ДС, индексы жесткости α и β , локальная скорость распространения пульсовой волны в ОСА PWV. Результаты. Среди лиц моложе 50 лет в группе здоровых ТКИМ ОСА была ниже и составила $450,5 \pm 74,4$ $\mu\text{м}$, в группе 2 – $543 (465;580)$ $\mu\text{м}$, в группе 3 – $707,5 \pm 156,5$ $\mu\text{м}$ ($p1-3, 2-3, 1-2 <0,05$). Коэффициенты ДС и СС преобладали у здоровых $0,03 \pm 0,008$ 1/кПа и $1,04 \pm 0,34$ мм²/кПа, у пациентов без ГЗС КА – $0,02 \pm 0,007$ 1/кПа и $0,94 (0,72; 1,08)$ мм²/кПа, у больных с ГЗС 1 артерии $0,015 \pm 0,006$ 1/кПа и $0,84 (0,63;1,04)$ мм²/кПа ($p1-3, 2-3, 1-2 <0,05$). Индексы жесткости были выше у лиц с многососудистым поражением венечных артерий и составили: $\alpha - 6,2 \pm 1,4$, $\beta - 9,7 \pm 2,9$, в группе 1 – $2,8 (2,5;3,9)$, $5,3 (5,1;6,1)$, в группе 2 – $4,2 \pm 1,1$, $8,4 \pm 2,5$ ($p1-3, 2-3, 1-2 <0,05$). У здоровых лиц зарегистрированы более низкие значения локальной PWV в ОСА $5,4 (5,1;6,3)$ м/с, у пациентов без ГЗС КА $7,6 \pm 1,07$ м/с, у больных с ГЗС 1 артерии $8,7 \pm 1,3$ м/с ($p1-3, 2-3, 1-2 <0,05$). У лиц старше 50 лет ТКИМ преобладала в группе 3 – $864 (830,7;953,2)$ $\mu\text{м}$ по сравнению с группой 1 – $562,9 \pm 64,8$ $\mu\text{м}$ и группой 2 – $634,5 (555,7;693)$ $\mu\text{м}$ ($p1-3, 2-3, 1-2 <0,05$). Отличий по остальным параметрам локальной жесткости ОСА среди здоровых лиц, пациентов без поражения КА и с ГЗС 1 КА не выявлено. Выводы. У здоровых лиц моложе 50 лет параметры сосудистой ригидности и ТКИМ были достоверно лучше, чем у больных с различными вариантами течения ИБС. В когорте лиц старше 50 лет различия между группами зарегистрированы только по показателю ТКИМ, наименьшие значения которого наблюдались у здоровых обследуемых.

Сердечно-сосудистые риски и хроническая болезнь почек у больных сахарным диабетом 2-го типа

Цатурова К.Н., Волошинова Е.В., Лобанова О.С., Григорьева Е.В.

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

Введение. Заболевание сердечно-сосудистой системы и почек имеют общие традиционные факторы риска – АГ, сахарный диабет (СД), ожирение, дислипидемию, курение и другие. При этом высокая распространенность СД и АГ способствует неуклонному росту числа больных с кардиоваскулярной патологией и с почечной дисфункцией. Установлено, что даже незначительное снижение функции почек ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности независимо от других факторов риска. В связи с этим пациенты с СД 2-го типа и хронической болезнью почек (ХБП) относятся к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР), что предполагает необходимость соответствующей тактики ведения этих пациентов и совместной работы врачей различных специальностей. Цель исследования – оценить сердечно-сосудистые риски у больных СД 2-го типа при наличии ХБП.

Материалы и методы. В исследование включены 780 больных СД 2-го типа (средний возраст $59,9 \pm 9,7$ года; 70,3 % – женщины; продолжительность СД 2-го типа $11,8 \pm 7,67$ года, у пациентов с ХБП – $12,4 \pm 7,6$ года), поступившие на обследование и лечение в эндокринологическое отделение ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в течение одного года. Диагноз СД и достижение целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) устанавливали согласно критериям ВОЗ (1999–2013) и национальным алгоритмам по диагностике и лечению СД (2015), верификацию диагноза и определение стадии ХБП проводили согласно Российским Национальным рекомендациям (2016), оценку суммарного ССР проводили по Фрамингемской шкале.

Результаты. Для обследованных пациентов СД 2 типа на амбулаторном этапе характерен неудовлетворительный контроль гликемии. Среднее значение HbA1c составило $8,24 \pm 1,5 \%$, индивидуальный целевой уровень HbA1c был достигнут только у 160 (20,5 %) пациентов. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) выявлены у 730 (93,6 %) больных, установлена высокая частота встречаемости АГ – 92,3 %. Антигипертензивную терапию на амбулаторном этапе получали 644 (89,4 %) больных, из них у 73,1 % пациентов использовалась комбинация лекарственных препаратов (ЛП), при этом только в 32 % случаев достигнут целевой уровень АД. ИБС диагностирована у 418 (57,3 %) пациентов, из них у 51 % больных – стенокардия напряжения, у 44,4 % – атеросклеротическая болезнь сердца, у 25,6 % – перенесенный ИМ. Хроническая сердечная недостаточность выявлена у 44,5 % больных. Среди пациентов с ССЗ 50 (8 %) больных перенесли инфаркт головного мозга. У 179 (22,9 %) пациентов выявлен облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХБП установлена у 546 (70 %) пациентов. В структуре почечной патологии наиболее часто встречались хронический пиелонефрит – 46,4 % больных и нефропатия смешанного генеза (диабетическая и гипертоническая) – 41,2 % пациентов. Терапия статинами проводилась у 19,9 % пациентов. Целевой уровень ЛПНП у пациентов с ССЗ был достигнут только у 6 (0,8 %) больных. Уровень общего холестерина находился в пределах референсных значений у 19,7 % больных, уровень триглицеридов – у 77,5 % пациентов. У пациентов с 1–2 стадией ХБП без ССЗ целевые показатели липидного обмена достигнуты не были, с 3–5 стадией ХБП – только у 1 больного. У 566 (74 %) больных установлен ИМТ 30 кг/м^2 . Ожирение I степени выявлено у 46,9 % пациентов, II степени – у 30,4 %, III степени – у 22,7 % больных, в 97,7 % случаев имелся абдоминальный тип ожирения. Среди больных с СД 2-го типа было 130 (16,7 %) курящих пациентов. Низкий суммарный ССР по Фрамингемской шкале установлен у 4 % пациентов, средний – у 18 %, высокий – у 26 % и очень высокий ССР – у 52 % пациентов.

Заключение. Большинство обследованных в течение одного года больных СД 2-го типа имели высокие и очень высокие ССР по Фрамингемской шкале. ССЗ выявлены у 93,6 % больных, из них у 92,3 % АГ; у 74 % пациентов отмечена избыточная масса тела, у 70 % пациентов установлены различные стадии ХБП. В рекомендациях по ведению пациентов с СД (2017) впервые отмечено, что использование шкал расчета суммарного ССР, в том числе специально разработанных для больных СД, является излишним. Это обусловлено тем, что больные СД при наличии ССЗ или поражении органов-мишеней (протеинурии), или больших факторов риска (курение, выраженная гиперхолестеринемия, выраженная АГ) уже относятся к группе очень высокого ССР, а большинство остальных пациентов с СД – к группе высокого ССР, что и было подтверждено в нашем исследовании.

Встречаемость нарушения дыхания во сне у амбулаторных больных по данным анкетирования

Чукаева И.И., Миронова Т.Н., Литвин А.Ю., Ларина В.Н.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова;
Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии,
Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, Москва*

Цель работы – изучить распространенность нарушения дыхания во сне (НДС) у амбулаторных больных по данным анкетирования.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ г.Москвы «ДКЦ №1 ДЗМ» с 2015 по 2017 г. проведено одномоментное обследование пациентов при

первичном обращении. В исследование выборочно включены 115 пациентов (41 % – М и 59 % – Ж) в возрасте от 30 до 70 ($61,2 \pm 9,9$) лет, обратившихся за помощью по любой причине к врачу терапевту поликлиники. Оценивались жалобы, анамнез, проводилось общепринятое физикальное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторные исследования. Все 115 пациентов заполнили шкалу сонливости Эпворта (8 и более баллов свидетельствует об увеличении вероятности наличия у больного НДС) и опросник Страдлинга (в модификации А.Ю. Литвина, 2009 г.) для скрининга НДС на амбулаторном этапе. При наличии минимум 3 положительных ответов или только положительного ответа на 1-й вопрос об указании жалоб на остановки дыхания по данным опросника и/или при наличии следующих сопутствующих состояний: АГ, ИБС, ХСН, сахарный диабет/ИМТ ≥ 25 /увеличение окружности шеи $>43 \text{ см}$ у мужчин и $>37 \text{ см}$ у женщин, пациенту проводили компьютерную пульсоксиметрию (КП) аппаратом PulseOx 7500 (SPO Medical, Израиль). При выявлении выраженной гипоксемии (более 15 эпизодов десатурации за 1 ч сна), по которым с высокой степенью вероятности можно заподозрить НДС средней и тяжелой степени, рекомендовали дообследование в специализированной лаборатории для подтверждения диагноза и подбора терапии.

Результаты. Согласно результатам КП гипоксемия зарегистрирована у 69 (26 М и 43 Ж) из 115 (60 %) амбулаторных пациентов. Возраст пациентов составил $53,2 \pm 11,7$ года. АГ имелась у 39 (56 %), ИБС – у 16 (23 %), сахарный диабет – у 10 (14 %), метаболические изменения в виде дислипидемии – у 24 (35 %), избыточная масса тела – у 13 (19 %), ожирение – у 15 (22 %) пациентов. Возраст пациентов ($n = 7$, 10 %) (5 Ж и 2 М), у которых не регистрировались НДС по данным КП, составил $55,8 \pm 10,2$ года ($p = 0,553$). АГ, ИБС, сахарный диабет, метаболические изменения отсутствовало у всех пациентов. Избыточная масса тела имелась у 1, ожирение – у 1 пациента. По данным модифицированного опросника Страдлинга НДС были выявлены у 74 (62,3 %) пациентов ($p = 0,497$): у 42 (57,7 %) женщины и у 32 (42,3 %) мужчин. Возраст пациентов составил $59,4 \pm 11,8$ лет. АГ имелась у 57 (77 %), ИБС – у 23 (31 %), сахарный диабет – у 15 (20 %), метаболические изменения в виде дислипидемии – у 3 (4 %), избыточная масса тела – у 28 (38 %), ожирение – у 24 (32 %) пациентов. При сопоставлении данных модифицированного опросника Страдлинга и КП у 37 (50 %) пациентов подтвердилось наличие гипоксемии ($p < 0,001$, $r = 0,49$). По данным шкалы Эпворт дневная сонливость была выявлена у 15 (13 %) пациентов (8 Ж и 7 М). АГ имелась у 10 (67 %), метаболические изменения в виде дислипидемии – у 3 (20 %), избыточная масса тела – у 7 (47 %), ожирение – у 4 (27 %) пациентов. Большая часть пациентов с НДС (95 %) считали себя здоровыми, а храп не воспринимали как жалобу. Полисомнографию и кардио-респираторный мониторинг удалось провести 5 (7,2 %) пациентам с НДС по данным КП и опроснику Страдлинга. Диагноз синдрома обструктивного апноэ сна был подтвержден у всех пациентов. Заключение. Нарушения дыхания во сне согласно результатам КП зарегистрированы у 60 %, по данным модифицированного опросника Страдлинга – у 62,3 % и шкалы сонливости Эпворт – у 13 % амбулаторных пациентов терапевтического профиля. Полученные результаты позволяют рассматривать модифицированный опросник Страдлинга в качестве метода раннего скрининга пациентов с НДС на амбулаторном этапе, в случае невозможности проведения КП по разным причинам. Результаты нашего исследования показали высокую частоту НДС у пациентов терапевтического профиля, что многократно потенцирует риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений и требует своевременного скрининга. Однако полисомнография относительно дорогой и технически сложный метод исследования, который недоступен большинству медицинских учреждений, что свидетельствуют о необходимости широкого использования более простых и доступных методов скрининга НДС на амбулаторном этапе.

Актуальные вопросы оценки степени дыхательной недостаточности в реальной клинической практике

Шабанов Е.А., Маслова Т.А., Панфилов В.И., Журавель О.И.

Курский государственный медицинский университет,
Курская областная клиническая больница, Курск

Актуальность. Под дыхательной недостаточностью (ДН) понимают снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (рО₂) ниже 60 мм рт.ст., и/или нарастание напряжения углекислого газа (рСО₂) более 45 мм рт.ст. В реальной клинической практике для оценки степени дыхательной недостаточности используется классификация Дембо, 1957 г. с оценкой ДН по частоте дыхания.

Цель работы – проанализировать взаимосвязь между различными способами оценки степени дыхательной недостаточности у пациентов пульмонологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница».

Материалы и методы. Подвергнуты анализу 65 историй болезни пациентов с ХОБЛ III–IV стадии. Возраст пациентов – 58 ± 5,2 года. Частоту дыхания оценивали в соответствии с общепринятой классической методикой (Дембо, 1957 г.). Сатурацию кислорода (StO₂) крови оценивали с использованием карманного пульсоксиметра Siemens, при снижении сатурации ниже 92 мм рт.ст. в соответствии с рекомендациями Российского респираторного общества, проводили анализ рО₂ ирСО₂, рН, крови с использованием газового анализатора с использованием газового анализатора AVLCompass 3.

Результаты. В ходе выполнения работы, установлены обратные корреляционные взаимосвязи слабой силы (р < 0,03) между показателями частоты дыхания при клинической оценке по классификации Дембо, 1957 г. и показателями сатурации StO₂ при использовании карманного пульсоксиметра Siemens. Частота дыхания у исследуемых пациентов составляла 25 ± 3,5 в минуту, показатель StO₂ 82 ± 6,3 мм рт.ст., что подтверждает наличие у исследуемых пациентов тяжелой дыхательной недостаточности II–III степени. Наряду с этим нами установлено преобладание гиперкапнической формы дыхательной недостаточности при анализе газового состава крови у исследуемых пациентов. Так, уровень рСО₂ составлял 49 ± 3,9 мм рт.ст., что наряду с клиническими признаками гиперкапнии (рубцеоз лица за счет вазодилатации, инверсия сна с преобладанием дневной сонливости, тахикардией) является патогномичным для ХОБЛ III–IV стадии тяжести преимущественно бронхитического фенотипа.

Выводы. В ходе проведенной работы доказана роль комплексной оценки степени выраженности дыхательной недостаточности. Для первичной клинической оценки степени выраженности ДН не утратила своей актуальности классификация Дембо, 1957 г. Пульсоксиметрия с использованием карманного пульсоксиметра для определения StO₂ является простым и доступным способом оценки ДН. При снижении сатурации ниже 92 мм рт.ст. проведение углубленного газового анализа крови является важным клинико-диагностическим этапом в определении вида ДН и способа респираторной поддержки.

Эффекты наружной контрпульсации у больных хронической ишемической болезнью сердца и обструктивным апноэ сна

Шашенков И.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

ИБС является важнейшей причиной инвалидизации и смертности населения Российской Федерации (РФ). Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – независимый фактор риска ИБС. Наличие СОАС ухудшает прогноз больных ИБС. Индекс нарушений дыхания во сне (ИНД) является ключевым прогностическим показателем у больных СОАС. ИНД коррелирует с показателями сердечно-сосудистого риска. CPAP-терапия, которая является общепризнанным «золотым стандартом» лечения больных СОАС, в настоящее время доступна меньшинству таких пациентов в нашей стране. Цель работы – исследовать возможность применения наружной контрпульсации (НКП) в рамках комплексной терапии коморбидных больных хронической ИБС и СОАС. Оценить клинические эффекты НКП у больных ИБС и СОАС.

Материалы и методы. В настоящее пилотное клиническое исследование были включены 45 больных ИБС (41 мужчина и 4 женщины; возраст 65 ± 13,4 года) со стабильной стенокардией II–III ФК и СОАС тяжелого течения (ИНД = 37 ± 5,4 событий/ч). Все пациенты в исследуемой группе по разным причинам добровольно отказались от CPAP-терапии. Другие факторы риска ИБС (помимо СОАС) были выявлены у всех больных, включенных в исследование: артериальная гипертензия отмечена у всех 45 (100 %) исследуемых; курение на момент исследования или в анамнезе – у 31 (68,9 %); сахарный диабет – у 34 (75,6 %). У 37 (82,2 %) исследуемых в анамнезе имелся как минимум один инфаркт миокарда; у 34 (75,6 %) больных ранее была выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием как минимум одной коронарной артерии; 18 (40,0 %) пациентов перенесли операцию коронарного шунтирования (АКШ-МКШ); у 39 (86,7 %) наблюдалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Все исследуемые пациенты постоянно получали базисную терапию ИБС: 100 % – антиагреганты; 100 % – статины; 100 % – кардиоселективные бета-блокаторы; 100 % – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина II; 60,0 % (27 больных) – блокаторы медленных кальциевых каналов; 88,9 % (40 больных) – диуретики. Каждому пациенту из исследуемой группы был проведен курс НКП из 35 процедур по 60 минут каждая (5 ± 2 процедуры в неделю, от 5 до 7 недель на весь курс) с использованием кардиотерапевтического комплекса Lumenair Vasomedical ЕЕСР. Давление воздействия 250–300 мм. рт.ст. Непосредственно перед курсом, сразу после его окончания, через полгода и год соответственно в отношении каждого исследуемого был выполнен диагностический комплекс, включавший заполнение регистрационной карты пациента, мониторинг ЭКГ по Холтеру в течение 24 ч, Эхо-КГ, ЭКГ-пробу с нагрузкой, кардиореспираторный мониторинг нарушений дыхания во сне с использованием портативного диагностического устройства WatchPAT 200. Выборочно, перед курсом НКП и через полгода после его проведения, 10 пациентам (9 мужчинам и 1 женщине) проведена однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) миокарда по двухдневному протоколу протоколу «нагрузка-покой» с технетрилом 99mTc.

Результаты. У всех 45 больных отмечено стойкое снижение ФК стенокардии на 1 класс и более (р < 0,01). У 23 исследуемых (51 %) после завершения курса терапии стенокардии не наблюдалось в течение всего периода наблюдения (р < 0,01). В подгруппе ОФЭКТ-контроля через полгода после НКП отмечено достоверное уменьшение стресс-индуцируемых дефектов коронарной перфузии у всех 10 пациентов (р < 0,01). У всех участников исследования отмечено уменьшение ИНД до 19 ± 4,6 событий/час (р < 0,01). Летальных исходов в течение года в наблюдаемой популяции не зарегистрировано.

Выводы. Пилотный характер исследования не позволяет экстраполировать полученные нами результаты на всю обширную популяцию больных ИБС. Но, учитывая тот факт, что наши результаты в плане сердечно-сосудистых эффектов НКП полностью сопоставимы с данными рандомизированных

платцебо-контролируемых клинических исследований НКП (MUST-EECP), а также с данными международного регистра НКП (IEPR), мы вправе доверять и результатам в отношении СОАС-эффектов НКП, которые были обнаружены нами впервые.

Проведение клинического исследования одобрено Комитетом по этике МГМСУ 29.05.2012.

Возможность использования определения уровня цинка и его фракций в сыворотке крови при ранней диагностики хронической обструктивной болезни легких

Шевцова В.И., Зуйкова А.А.

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

Введение. Спирометрия является признанным и широко используемым в нашей стране скрининговым методом при диагностике хронической обструктивной болезни легких. Однако этот метод нельзя считать эталонным, поскольку исследование функции внешнего дыхания не всегда точно отражает тяжесть изменений в дыхательных путях. Именно поэтому интерес вызывает поиск метода- лабораторного либо инструментального, который позволит определить наличие патологии дыхательных путей, особенно в «доклиническую» стадию заболевания.

Учитывая, что ферменты, обеспечивающие патофизиологические процессы при ХОБЛ, являются цинксодержащими, целью данной работы явилось измерение уровня нейтрофильной эластазы, альбумина, общего уровня цинка и его фракций у больных ХОБЛ и лиц с различным статусом курения (как основного фактора риска развития заболевания).

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, БУЗ ВО «ВГКБСМ № 8», ООО «МЦПП». В исследовании после заполнения информированного согласия приняли участие 30 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ, без сопутствующей патологии, а также 90 здоровых людей, прошедших периодический медицинский осмотр. Всем пациентам была произведена спирометрия, а также определение общего уровня цинка и его фракций, альбумина (калориметрическим методом) и нейтрофильной эластазы (иммуноферментным методом). Статистическая обработка данных производилась с помощью программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0 и использованием Н-критерия Краскела–Уоллиса.

Результаты. После анализа анкетных данных и результатов спирометрии все исследуемые были разделены на 4 группы: 1 – курящие пациенты с диагнозом ХОБЛ, 2 – курящие с минимальными нарушениями ФВД (ОФВ1 % от должного в пределах от 80 до 70 %), 3 – курящие с сохранной ФВД, 4 – курящие пассивно. Выявлены статистические различия в уровне нейтрофильной эластазы ($N = 103,3279$, при $p = 0,01$), альбумина ($N = 90,812$, при $p = 0,01$) в различных группах. Уровень НЭ у лиц из 1 группы (курящие пациенты с диагнозом ХОБЛ) достоверно выше, чем в остальных группах, в связи с активными патофизиологическими изменениями с участием фермента. При этом уровень НЭ у курящих лиц достоверно не отличается. Также обращает на себя внимание тот факт, что уровень НЭ у некурящих из 4 группы (курящие пассивно) значимо ниже, чем у курящих. При исследовании закономерностей изменения показателей альбумина, нейтрофильной эластазы и ОФВ1 % от должного выявлена достоверная сильная корреляционная связь ($r > 85$ %, при $p < 0,05$). При статистической обработке полученных результатов выявлены достоверные различия исследуемых показателей в группах ($N = 92,322$ при $p = 0,01$ для общего цинка, $N = 90,355$, при $p = 0,01$ – для

связанной фракции, $N = 99,748$ при $p = 0,01$ – для свободной фракции, $N = 104,523$ при $p = 0,01$ – для доля связанной фракции цинка). Общий уровень цинка в сыворотке крови, а также его фракций снижается в ряду: курящие пассивно – курящие с сохранной ФВД – курящие с нарушением ФВД – курящие с ХОБЛ. Значения процентного содержания связанной фракции цинка достоверно отличается у курящих и некурящих, а также у курящих с нормальной и сниженной ФВД. Определено, что общий уровень цинка снижается, а показатель «доля связанной фракции цинка» возрастает в группах параллельно снижению показателя ОФВ1 % от должного ($r > 85$ %, при $p < 0,05$). Выявленные различия исследуемых показателей отражают активацию транспорта метаболически активного цинка для удовлетворения потребности в микроэлементе для синтеза ферментов, которые обуславливают патогенетические изменения в дыхательных путях. Полученные результаты подчеркивают значимость патофизиологических изменений у лиц из групп риска формирования ХОБЛ и делают возможным использование показателя «доля связанной фракции цинка» при скрининговой диагностике курящих лиц.

Состояние внешнесекреторной секреции поджелудочной железы у носителей вирусного гепатита

Шелемов Е.Е., Неронов В.А., Чернышев А.Л., Каратаев С.Д., Гусятникова Е.А.

Межотраслевое научно-техническое объединение Гранит, Москва

Цель работы – изучить внешнесекреторную функцию поджелудочной железы (ПЖ) у носителей HBsAg и HCV.

Материалы и методы. Обследовано 112 носителей вирусного гепатита (мужчин – 60, женщин – 52). Средний возраст $36 \pm 4,5$ года. Из них 92 человека HBsAg носителей и 20 человек HCV носителей. Уровень печеночных трансаминаз (АлАТ и АсАТ) соответствовал норме. Для оценки внешнесекреторной функции ПЖ при дуоденальном зондировании и получении панкреатического сока исследовали: объем и скорость секреции, концентрацию и дебит амилазы и бикарбонатов. В качестве раздражителя использовали интрадуоденальное введение солянокислого метионина.

Результаты. Существенное снижение объема базальной и стимулированной (в основном за счет первой порции – через 20 мин после стимуляции) секреции наблюдалось у 60 (65,2 %) носителей HBsAg и 8 (40 %) HCV носителей. Чое напряжение было снижено у 100 % обследованных. Достоверных изменений скорости базальной и стимулированной секреции выявлено не было. Снижение активности амилазы в среднем за час стимуляции менее 278 ± 31 ед/мл было выявлено у 43 (46,7 %) носителей HBsAg и 17 (85 %) HCV носителей. При оценке дебита амилазы отмечалось его снижение во всех порциях и в среднем за час стимуляции менее $7,29 \pm 1,11$ ед/мин у 37 (40,2 %) носителей HBsAg и 11 (55 %) HCV носителей. Достоверное снижение концентрации бикарбонатов во всех порциях стимулированной секреции и в среднем за час стимуляции менее 105 ± 6 ед/мл отмечено у 23 (25 %) носителей HBsAg и 6 (30 %) HCV носителей. При этом дебит бикарбонатов достоверно был снижен лишь в первой (через 20 мин после стимуляции) порции стимулированной секреции менее $4,88 \pm 0,7$ ед/мин у 13 (14,1 %) носителей HBsAg.

Выводы. У носителей вирусных гепатитов выявляется снижение объема базальной и стимулированной секреции ПЖ, снижение концентрации и дебита амилазы и бикарбонатов. Такие нарушения

соответствуют гипосекреторному типу панкреатической секреции, что говорит о возможном развитии хронического панкреатита у данной категории лиц.

Современный подход к диагностике и лечению пациентов с запорами

Шемеровский К.А.

Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

Проблема запора – одна из ключевых проблем современной медицины. Большинству внутренних болезней за 10–20 лет до их проявления предшествует нерегулярность циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Запор является доказанным фактором риска не только кишечной, но и внекишечной патологии. Хронический запор, ведущий к копростазу, является инициатором воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит и болезнь Крона), дивертикулеза, толстокишечного полипоза и доказанным фактором риска колоректального рака. Внекишечная патология, индуцируемая хроническим запором, проявляется прежде всего метаболическим синдромом с его ожирением, сахарным диабетом, АГ, дислипидемией. Сбережение частоты дефекации до 3–4 раз в неделю повышает риск корпускулярной смертности на 21 %, а сбережение частоты дефекации до 1–2 раз в неделю повышает риск смертности от инфарктов и инсультов на 39 %. (Honkuga K., 2016). Для адекватной диагностики запора предложен современный, хронобиологический обоснованный, неинвазивный метод – хронография – недельный мониторинг околосуточного ритма дефекации. Этот метод позволяет диагностировать сдвиг акрофазы и частоты ритма дефекации, что выявляет стадию тяжести запора. Выделено три основные стадии тяжести запора: I – легкая – при частоте стула 5–6 раз в неделю, II – умеренная (3–4 раза в неделю) и III – тяжелая (1–2 раза в неделю). Оказалось, что сдвиг акрофазы ритма дефекации является основным фактором риска возникновения запора, поскольку его значимость в индукции запора соизмерима с совокупной значимостью трех других его факторов риска (недоедание, гиподинамия и недосыпание). Установлено, что у лиц с регулярным (ежедневным – 7 раз в неделю) ритмом дефекации преобладает утренняя акрофаза этого ритма, а у лиц с нерегулярной дефекацией наблюдается отсутствие утренней фазы опорожнения кишечника. Показано, что качество жизни лиц с регулярным ритмом дефекации почти на 20 % выше, чем у лиц с нерегулярной дефекацией. Показано, что эффективность лечения пациентов с запором с помощью ПЭГ форлакса (степень доказательности 1А) зависит от исходной частоты дефекации. Если у пациентов с III стадией тяжести запора эффективность лечения была 18 %, то у лиц с I и II стадией тяжести запора эффективность двухнедельного приема форлакса составляла 80–83 %.

Выводы. 1. Современная диагностика регулярности ритма кишечника предполагает использование хронобиологически обоснованного метода «Хроноэнтерографии», позволившего предложить хрономедицинскую классификацию стадий тяжести запора. 2. Современное лечение пациентов с запорами предполагает прежде всего установление стадии тяжести запора, а затем назначение терапии препаратами с доказанной эффективностью и степенью доказательности 1А, причем целью лечения должно быть восстановление регулярной частоты дефекации – не ниже 7 дней в неделю с ежедневным стулом. 3. Таким образом, современный подход к терапии пациентов с запорами предполагает обязательное осознание того факта, что дефекация является одним из фундаментальных циркадианных биоритмов человека.

Аутоиммунные и аутовоспалительные заболевания: диагностика и лечение

Шилкина Н.П., Дряженкова И.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цель работы – дать клинико-лабораторную характеристику двух основных категорий иммуновоспалительных заболеваний (ИВЗ): аутоиммунных заболеваний (АИЗ) и аутовоспалительных заболеваний (АВЗ) с использованием серологических биомаркеров.

Материалы и методы. Обследовано 342 больных с ИВЗ: 332 больных с АИЗ: 65 системной красной волчанкой (СКВ), 50 системной склеродермией (ССД), 141 системными васкулитами (СВ), 76 ревматоидным артритом (РА) и 10 больных с АВЗ: 7 больных с болезнью Бехчета (ББ) и 3 больных с периодической антелимой (ПБ). Исследованы антитела: антиядерные (АНА), антитела к ДНК (аДНК), антиэндотелиальные (АЭАТ), анти-Scl-70, антинейтрофильные цитоплазматические (АНЦА), антикардиолипидные (аКЛ IgG и аКЛ IgM), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) и модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ), определены провоспалительные интерлейкины: ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α и противовоспалительный интерлейкин ИЛ-4, а также СРБ.

Результаты. АИЗ характеризовались синтезом широкого спектра антител: основными серологическими маркерами при скрининге следует считать АНА (γ 75 %), при СКВ- аДНК (γ 71 %), при АНЦА-ассоциированных СВ-АНЦА (γ 94 %), аКЛ (γ 14 %); при ССД – аScl-70 (γ 17 %), при РА – РФ (81 %), АЦЦП (37 %) и АМЦВ (γ 46 %) больных. На примере РА проанализировано содержание интерлейкинов. Так, ИЛ-6 был достоверно выше, чем в группе контроля: 99,3 (70,8–141,5) пг/мл и 8,0 (2,0–10,0) ($p < 0,01$). При РА наблюдалась прямая достоверная корреляция уровня ИЛ-6 с DAS28 ($r = 0,35$; $p < 0,05$), с уровнем СРБ ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и СОЭ ($r = 0,3$; $p < 0,07$). Содержание ИЛ-8 при РА – 437,2 (295,0–570,5) нг/мл также было повышено: при норме 208,0 (206,0–211,0) нг/мл ($p < 0,01$). Не получено достоверных различий по уровню ИЛ-4 между группой больных с РА – 2,2 (1,9–2,9) пг/мл и группой контроля-2,1 (1,9–2,9) пг/мл ($p > 0,05$). В новой интерпретации были рассмотрены ранее наблюдаемые случаи ББ и ПБ, которые встречались в основном у лиц определенных этнических групп. Эти заболевания сейчас трактуются как группа АВЗ. При ББ имели место типичные диагностические критерии: афтозный стоматит, язвы в области гениталий, поражения глаз и кожи. У 3 больных определяли генетический маркер ББ – HLA-B51, который был положительным. Указанные выше серологические маркеры, типичные для АИЗ, были для больных ББ нехарактерны, хотя в некоторых случаях имело место умеренное повышение провоспалительных цитокинов. В лечении использовали глюкокортикостероиды, включая пульс-терапию, иммуносупрессанты с назначением при ББ циклоспорина А, генно-инженерные биологические препараты при АИЗ и только в 1 случае применяли инфликсимаб при ББ.

Заключение. Сообщение имеет цель привлечь внимание к новой терминологии и трактовкам диагностики и лечения ИВЗ. Биомаркеры могут быть использованы в качестве «терапевтических мишеней» для генно-инженерных биологических препаратов – моноклональных антител и гибридных белковых молекул при АИЗ. Выделение группы АВЗ служит показанием для генетического исследования этого контингента больных с апробацией использования для их лечения биологической терапии.

Анализ результатов 9-месячного наблюдения за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда с проведением экстренного чрескожного вмешательства

Шиляева Н.В., Щукин Ю.В., Рябов А.Е., Дьячков В.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель исследования – проанализировать результаты 9-месячного наблюдения за пациентами с сердечной недостаточностью (СН) и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), которым было выполнено экстренное чрескожное вмешательство (ЧКВ). Оценить частоту развития повторных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, случаев последующей реваскуляризации миокарда и случаев нетрудоспособности. Материалы и методы. Обследованы 127 пациентов (109 мужчин, возраст 56 ± 7 года) с СН и перенесенным ИМ (давность от 4 до 6 нед), которым было выполнено первичное или отсроченное ЧКВ. Проведены сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр, основные лабораторные и инструментальные методы обследования, включая трансторакальную ЭхоКГ с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), камер сердца. В дальнейшем при проведении телефонного опроса пациентов через 3, 6 и 9 мес оценивались повторные неблагоприятные сердечно-сосудистые события (госпитализации по сердечно-сосудистым причинам, смерть), случаи последующей плановой реваскуляризации миокарда (стентирование коронарных артерий (КА) или аортокоронарное шунтирование (АКШ)), также новые случаи получения инвалидности. Статистический анализ включал применение непараметрических методов, учитывая ненормальность распределения данных. Использовался U-критерий Манна-Уитни для количественных переменных и критерий независимости хи-квадрат для категориальных. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У 55,9 % пациентов было выявлено табакокурение, 69,3 % – избыточная масса тела или ожирение, 12,6 % – сахарный диабет 2-го типа или нарушение толерантности к углеводам, 78,7 % – артериальная гипертензия; 89 % пациентов имели II ФК по New York Heart Association (NYHA), 75,6 % – почечную дисфункцию (скорость клубочковой фильтрации < 90 мл/мин/1,73 м² по формуле СКД-ЕР), 34,6 % – ФВЛЖ < 50 % по методу Симпсона. Концентрация NT-proBNP составила в группе 245,99 пг/мл (86,61–568,28). 14 пациентам (11 %), включенным в исследование, была проведена тромболитическая терапия (на догоспитальном этапе); 99 пациентам (78 %) выполнено первичное ЧКВ, 28 (22 %) – отсроченное ЧКВ. По данным коронарной ангиографии (КАГ) однососудистое поражение определялось у 39 пациентов (30,7 %), двухсосудистое – 43 (33,9 %), трехсосудистое – 45 (35,4 %); радикальная реваскуляризация была проведена 50 пациентам (39,4 %), условно-радикальная – 44 (34,6 %), паллиативная – 25 (19,7 %), у остальных – попытки реканализации коронарных артерий (КА) оказались безуспешными. За время наблюдения за пациентами летальный исход был зарегистрирован у 2 пациентов, госпитализации по поводу повторных сердечно-сосудистых событий имели место у 17 наблюдаемых; 15 участникам исследования была проведена плановая реваскуляризация (в 4 случаях – стентирование КА, в 11 – АКШ), 14 пациентов получили инвалидность. Пациенты с неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями (смерть или госпитализации) исходно чаще имели аневризму ЛЖ, сниженную ФВЛЖ, выше концентрации NT-proBNP и более выраженное поражение КА по шкале Syntax (для всех $p < 0,05$). Участники исследования, которым за время наблюдения были проведены плановые стентирования КА или АКШ, также имели более выраженное поражение коронарного русла по шкале Syntax ($p < 0,05$); по данным КАГ 35,7 % из них исходно имели двухсосудистое поражение,

64,3 % – трехсосудистое; у 43 % на момент включения в исследование была проведена условно-радикальная реваскуляризация, у 35,7 % – паллиативная, в 21,3 % случаев экстренную реканализацию провести не удалось. Пациенты, получившие инвалидность, как и ожидалось, имели ниже ФВ ЛЖ, выше ФК по NYHA, концентрации NT-proBNP, конечно-систолические и конечно-диастолические объемы, больше размер левого предсердия, конечно-систолический и конечно-диастолический размеры (для всех $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с СН и перенесенным ИМ, которым было проведено экстренное ЧКВ, в течение 9-месячного периода наблюдения отмечены повторные госпитализации по сердечно-сосудистым причинам, случаи плановой реваскуляризации миокарда, а также новые случаи нетрудоспособности. Наши результаты подтверждают необходимость пристального и динамического наблюдения за данными пациентами, а также поиск новых эффективных возможностей оценки и прогнозирования сердечно-сосудистого риска.

Нутритивно-метаболический статус при фенотипе хронической обструктивной болезни легких в сочетании с артериальной гипертензией

Шпагин И.С., Поспелова Т.И., Шпагина Л.А., Герасименко О.Н., Сухатерина Н.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Актуальность. Наличие взаимноотягочающего влияния ХОБЛ и АГ активно обсуждается в свете нового направления в изучении ХОБЛ, касающегося вопросов фенотипирования (1, 2, 3). Общие для ХОБЛ и АГ механизмы определяют развитие системных проявлений – аномалии композиции тела, гипотрофии мышечной ткани, оказывающих негативное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов (4, 5, 6). Представляется актуальным изучение особенностей нутритивного и адипоцитокинового статуса, функционального состояния жировой ткани в условиях сочетания ХОБЛ и АГ.

Цель работы – изучить особенности нутритивно-метаболического статуса при фенотипе ХОБЛ в сочетании с АГ.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 163 пациентов (51 пациент с АГ, 54 пациента с ХОБЛ, 58 пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ, группа контроля – 25 пациентов без ХОБЛ и АГ), включающее определение уровня адипокинов крови методом ИФА, оценку показателей цитокинового статуса электрохемилюминесцентным методом, определение показателей липидного, углеводного и белкового обмена, компонентного состава тела методом биоимпедансометрии. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета статистических программ S.S.S. 6.0, 2000. Определялась средняя арифметическая (M), ее ошибка ($\pm m$), критерий Стьюдента (t) при различных уровнях значимости (p), достоверность при $p < 0,05$. Проводился множественный корреляционный анализ.

Результаты. В группе коморбидного варианта ХОБЛ и АГ выявлено наиболее высокое среднее значение индекса соотношения ОТ/ОБ $0,9 \pm 0,2$. Наиболее значимые отклонения в композиции тела также отмечены данной группе в виде повышения жировой массы тела, снижения активноклеточной массы и фазового угла в сравнении с контролем ($p > 0,05$). При сочетании ХОБЛ и АГ отмечено снижение преальбумина в 1,4 раза в сравнении с контролем, высокое значение инсулина и индекса HOMA-IR, превышающих значения контроля в 1,4 и 1,3 раза соответственно ($p < 0,05$). ХС ЛПОНП в группе коморбидного варианта в 1,9 раза, а триглицериды в

1,5 раза превышали контрольные значения ($p < 0,05$). Среднее значение лептина в группе ХОБЛ в сочетании с АГ превышало значение контроля в 2,5 раза, группы АГ в 1,2 раза, группы ХОБЛ в 1,7 раза ($p < 0,05$). Концентрация лептин-связывающего рецептора превышало значение контроля в 1,8 раза, группы АГ в 1,4 раза, группы ХОБЛ в 1,6 раза, а значение резистина в 1,5 раза превышало значения контроля, в 1,2 раза группы АГ и ХОБЛ ($p < 0,05$). Также в группе ХОБЛ в сочетании с АГ отмечена наиболее высокая концентрация ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-18, с достоверным отличием от значений остальных исследуемых групп ($p < 0,05$). У больных ХОБЛ в сочетании с АГ выявляются наиболее тесные прямые межсистемные ассоциации индекса ОТ/ОБ с нормализованной по росту жировой массой, индексом атерогенности, индексом инсулинорезистентности НОМА-IR, концентрацией лептина, резистина, лептин-связывающего рецептора, ИЛ-6, ИЛ-18 и ФНО- α , а также обратная корреляция с ОФВ1, активно-клеточной массой, значением фазового угла, концентрацией преальбумина и адипонектина.

Выводы. Для фенотипа ХОБЛ в сочетании с АГ характерны многокомпонентные отклонения композитного состава тела, включающие увеличение жировой массы на фоне снижения активно-клеточной массы и фазового угла, повышение индекса ОТ/ОБ. Особенности нутритивно-метаболического статуса пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ являются увеличение в сыворотке крови атерогенных и снижение антиатерогенных фракций липидов, уменьшение белковой фракции преальбумина, адипонектина и лептин-связывающего рецептора, при увеличении резистина и свободного лептина. Коморбидный вариант ХОБЛ и АГ характеризуется высоким уровнем провоспалительных цитокинов и градации системного воспаления.

Особенности диагностики профессиональной хронической обструктивной болезни легких

Шпагина Л.А., Котова О.С.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 2, Новосибирск*

Введение. Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких (ПХОБЛ) – тяжелое заболевание, которое оказывает негативное влияние на трудовые ресурсы за счет высокой распространенности – 15,3 % в общей популяции и 20 % в структуре профессиональных заболеваний (Chuchalin A.G., 2014; Роспотребнадзор, 2016), инвалидизации и смертности – количество лет, потерянных из-за нетрудоспособности и преждевременной смерти (DALY) 1114 на 100 тыс. населения (ВОЗ, 2016). Неудовлетворительные результаты лечения ХОБЛ во многом связаны с гетерогенностью заболевания и фенотипирование ХОБЛ позволит улучшить прогноз за счет индивидуализации терапевтической стратегии для каждого больного (Авдеев С.Н., 2011). Этиопатогенетические факторы ПХОБЛ обладают различными физическими, химическими свойствами, что позволяет предположить различия воспалительного ответа и формирование отдельных фенотипов заболевания в разных эколого-производственных условиях.

Цель исследования – определить влияние экзогенного этиопатогенетического фактора на симптомы и функцию легких у больных профессиональной ХОБЛ.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное наблюдательное исследование. Диагноз ХОБЛ устанавливали на основании критериев GOLD 2011. Экспертиза связи заболевания с профессией проведена в центре профессиональной патологии ГКБ № 2 г. Новосибирска. В страту ХОБЛ от действия токсичных газов ($n = 55$) включены 14 (25 %)

женщин и 41 (75 %) мужчина, доля курящих 32,7 %, среднесменная концентрация токсичных веществ (органических растворителей) в воздухе рабочей зоны 2–3 ПДК, стаж работы $25,1 \pm 1,11$ года. В страту ХОБЛ от действия неорганической пыли ($n = 101$) включены 14 (14 %) женщин и 87 (86 %) мужчин, доля курящих 31,7 %, среднесменная концентрация пыли в воздухе рабочей зоны 6–10 ПДК, стаж работы $26,1 \pm 0,82$ года. Группа сравнения – больные ХОБЛ табакокурения ($n = 103$), 21 (20 %) женщина и 82 (80 %) мужчин, возраст $62,7 \pm 1,15$ года. Группы сопоставимы по возрасту, полу, индексу пачка-лет, длительности ХОБЛ, длительности экспозиции. Симптомы ХОБЛ оценивали по сообщению самих больных и по результатам анкетирования mMRC. Всем больным выполнены спирография с пробой с бронхолитиком, бодиплетизмография, исследование газового состава крови. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы SPSS24. Критический уровень значимости $p = 0,05$. Данные распределены нормально (тест Колмогорова–Смирнова). Описательная статистика – средняя и стандартная ошибка средней ($M \pm m$) для количественных переменных, расчет долей для качественных переменных. Влияние промаэрозоля на фенотипические особенности ХОБЛ было определено методом ковариационного анализа (ANCOVA), в качестве ковариат взяты пол, возраст, стаж работы в условиях контакта с промаэрозолем, индекс пачка-лет, частота обострений, наличие сердечно-сосудистого заболевания, длительность ХОБЛ, ОФВ1.

Результаты. Счет mMRC был наибольшим в группе ХОБЛ от действия токсичных газов – $2,35 \pm 0,122$ балла, в группе ХОБЛ табакокурения $1,58 \pm 0,101$ балла, в группе ХОБЛ от действия пыли $1,92 \pm 0,087$ балла. Для ХОБЛ от действия токсичных газов был характерен синдром гиперреактивности бронхов, который наблюдали у 40 (72,7 %) больных в сравнении с 26 (25,7 %) больных ХОБЛ от действия пыли и 35 (34,0 %) больных ХОБЛ табакокурения, $p < 0,0001$, различия достоверны по отношению к ХОБЛ от действия токсичных газов. В группе ХОБЛ табакокурения тяжесть ограничения воздушного потока оказалась больше, чем в группах профессиональной ХОБЛ (ОФВ1 $51,1 \pm 1,37$ % против $58,0 \pm 1,72$ % в группе ХОБЛ от действия пыли и $63,5 \pm 2,45$ % в группе ХОБЛ от действия токсичных газов). Доля остаточного объема в общей емкости легких (ООЛ/ОЕЛ), а, следовательно, и тяжесть эмфиземы была значимо выше у больных ХОБЛ от действия токсичных газов – $66,9 \pm 0,57$ %. В группе ХОБЛ от действия пыли этот показатель составил $54,8 \pm 0,27$ % в группе ХОБЛ табакокурения $58,6 \pm 0,22$ %. Парциальное напряжение кислорода артериальной крови (PaO₂) было наименьшим у больных ХОБЛ от действия токсичных газов – $66,3 \pm 1,91$ мм рт. ст., средним у больных ХОБЛ от действия неорганической пыли $72,7 \pm 0,73$ мм рт. ст. и наибольшим у больных ХОБЛ табакокурения $83,2 \pm 0,68$ мм рт. ст.

Выводы. В условиях воздействия токсичных газов и пыли формируются отдельные фенотипы ХОБЛ. Для ХОБЛ от действия токсичных газов характерны тяжелая одышка, гиперинфляция и гипоксемия при небольшом ограничении воздушного потока, симптомы гиперреактивности бронхов, для ХОБЛ от действия неорганической пыли – малосимптомное течение при умеренном ограничении воздушного потока.

Факторы снижения приверженности к лечению у больных кардиологического профиля

Шумова А.Л., Литвинова Н.И., Иванова Н.А., Никифоров С.А.

Рязанский медицинский колледж, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

Контингент пациентов сельского участка представлен в основном лицами пожилого возраста, для которых характерна коморбидная патология с

превалированием сердечно-сосудистых заболеваний. Приверженность к лечению является в таких случаях основным инструментом контроля за состоянием здоровья. Ведение таких пациентов на догоспитальном этапе связано с рядом трудностей, ведущими из которых являются выделение приоритетов при оказании медицинской помощи и организация междисциплинарного взаимодействия. Понимание и выявление факторов, снижающих у больных приверженность к лечению и профилактика их развития, являются одной из основных задач профилактической деятельности медицинских работников сельской участковой службы. Цель исследования – изучить факторы, влияющие на приверженность к лечению у больных кардиологического профиля с сопутствующей хирургической патологией желудочно-кишечного тракта. В рамках исследования было проведено анкетирование 43 пациентов в возрасте $65,5 \pm 1,6$ с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, перенесших оперативное вмешательство по поводу гастроэнтерологической патологии и находившихся на лечении в хирургическом отделении (из них 25 женщин и 18 мужчин). Анкета была разработана на основе анкеты по диспансеризации и дополнительно включала вопросы по приверженности к лечению. Результаты исследования показали, что все пациенты (100 %) состояли на диспансерном наблюдении и прошли обучение в «Школе для больных с артериальной гипертензией» и «Школе для больных с сердечной недостаточностью». Дополнительных консультаций по профилактике и лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта больные не получали, однако, все были информированы о заболевании, причинах, факторах риска и необходимом лечении. В хирургическом стационаре с пациентами не обсуждались вопросы коррекции образа жизни и приема лекарственных препаратов с учетом коморбидности. Основное внимание уделялось проблемам хирургической патологии, что способствовало формированию неадекватной самооценки состояния у больных и смещению приоритетов оценки степени значимости кардиологических заболеваний. Учитывая, что факторами риска развития и прогрессирования заболеваний как сердечно-сосудистой системы, так и желудочно-кишечного тракта являются курение, злоупотребление алкоголем, нарушение диеты и приема лекарственных препаратов, был проведен анализ этих факторов, который показал следующее. Из опрошенных пациентов не имели факторов риска 5 человека (женщины) (около 12 %), 32 указали на нарушение диеты (около 74 %), 29 (68 %) пациентов курят, причем из них 13 женщин. Практически все пациенты (88 %), в том числе женщины, отказались обсуждать проблемы, связанные с употреблением алкоголя, рассматривая его прием как элемент привычного образа жизни. На нарушение режима приема кардиологических препаратов указали 22 пациента (около 51 %), что связано с неадекватной психологической оценкой степени риска угрозы жизни в связи с хирургическим вмешательством. На амбулаторном этапе ведения больных создаются трудности своевременной диагностики и организации медицинской помощи при возникновении угрожающих жизни состояний, что связано с неадекватной самооценкой, совокупностью факторов риска и нарушением режима приема препаратов. Проблемы диагностики с учетом коморбидной патологии (в том числе хирургического профиля), оценки психологического состояния больных не находят отражения в клинических рекомендациях, на основании которых можно выбрать наиболее оптимальный подход к диагностике и лечебной тактике при сочетанной патологии. Таким образом, психологический компонент является ведущим фактором риска снижения приверженности к лечению и профилактике у больных кардиологического профиля с сопутствующей хирургической патологией желудочно-кишечного тракта. Целесообразно включить в клинические рекомендации помимо особенности ведения больных с учетом коморбидности, вопросы междисциплинарных и психологических аспектов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Проблемы диагностики тромбоэмболии легочной артерии

Щапова Н.Н., Арсеничева О.В., Куликов Ю.А., Куняевский Г.М., Кулешов Е.Б., Плеханова А.В., Аверьянов А.М.

Ивановская государственная медицинская академия, Ивановская областная клиническая больница, Иваново

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – сложная междисциплинарная проблема практической медицины с высокими показателями летальности при отсутствии своевременного лечения. Диагностика ТЭЛА – трудная задача для практикующих врачей, что объясняется схожестью клинической картины болезни с обострением хронического заболевания, осложнениями онкопатологии, травмы, обширных хирургических вмешательств, а специфические методы диагностики, такие как МСКТ с контрастированием легочной артерии, ангиопульмонография, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов нижних конечностей осуществимы не во всех медицинских учреждениях.

Целью работы явилось определение проблем диагностики ТЭЛА на госпитальном этапе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт приемного отделения и историй болезни кардиологического отделения 122 пациентов, поступавших в ОБУЗ «Ивановская ОКБ» (ОКБ) за 2015 г. с подозрением на ТЭЛА. Были выделены 2 группы сравнения: I группа – 52 (42,6 %) пациента с верифицированным диагнозом ТЭЛА (средний возраст $59,6 \pm 2,38$ года), II группа – 70 (57,4 %) пациентов, у которых ТЭЛА не подтвердилась (средний возраст $63,41 \pm 1,62$ года).

Результаты. Пациенты из I группы поступали, в основном, по скорой помощи – 53,8 % (28 человек), из II группы – по направлению участкового терапевта – 70 % (49 человек). Ведущие клинические синдромы, потребовавшие исключения ТЭЛА во II группе: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у 40 пациентов (57,5 %), хроническая дыхательная недостаточность (ХДН) у 18 пациентов (25,7 %), онкопатология у 8 пациентов (11 %) и хроническая венозная недостаточность (ХВН) у 6 пациентов (8,4 %). Клиническая симптоматика больных I и II групп была чрезвычайно разнообразна, мало специфична и схожа между собой. Ведущими факторами риска ТЭЛА у пациентов I группы определены ХВН у – 34 пациентов, ХСН – у 31, тромбоз глубоких вен – у 25, пожилой и старческий возраст – у 30, курение – у 32 пациентов соответственно. Во II группе преобладали такие факторы риска ТЭЛА, как ХСН (37 пациентов), пожилой и старческий возраст – у 42 и курение – у 26 пациентов соответственно. Вероятность наличия ТЭЛА по клиническим данным оценивалась по индексу Geneva, который в I группе составил $8,4 \pm 0,45$ балла (ТЭЛА вероятна), во II группе – $3,9 \pm 0,29$ балла (ТЭЛА маловероятна), $p < 0,05$. Основная масса пациентов направлялась в приемное отделение ОКБ на основании клинического осмотра врача скорой помощи, поликлиники или другого стационара. Около 15 % пациентов выполнялся ряд обследований на этапе другого учреждения, который включал, как правило, рентгенографию органов грудной клетки (Rg) и ЭКГ, реже определение D-димера и ЭхоКГ. Всем 122 больным в приемном отделении проводилось исследование на D-димер: у 76 (62 %) выявлен положительный результат, у 46 (38 %) – отрицательный. Среди пациентов с положительным D-димером диагноз ТЭЛА при дальнейшем обследовании не подтвердился у 26, практически у каждого третьего. МСКТ выполнена 68 пациентам в первый час после поступления в ОКБ, что позволило подтвердить ТЭЛА в 44 случаях. Большинству больных (96 %) проводилась регистрация ЭКГ, при которой у 34 пациентов (65 %) I группы и у 15 пациентов (21 %) II группы были выявлены ЭКГ-признаки, часто встречающиеся при ТЭЛА. ЭхоКГ при поступлении выполнена

у 65 % больных, что позволило выявить легочную гипертензию у 48 % обследованных. По данным Rg в группах сравнения значимых для верификации диагноза признаков не выявлено. Определение прогноза заболевания по основной шкале индекса Pesí показало, что у пациентов I группы умеренный риск 30-дневного смертельного исхода, у II группы – низкий, $p < 0,05$. У 57 % обследованных выполнено УЗДГ сосудов нижних конечностей. У 39 (75 %) человек из 52 в I группе по УЗДГ выявлен острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, у 6 (11,5 %) – илеофemorальный тромбоз, у 18 (34,6 %) – с признаками флотации тромба в просвете вены.

Выводы. Использование индекса Geneva и Pesí достоверно помогает оценить вероятность ТЭЛА, что можно использовать врачам при клинической верификации диагноза на догоспитальном этапе. Как показало исследование, наибольшей гипердиагностикой страдают врачи амбулаторного звена, направляющие исключать ТЭЛА у пациентов с декомпенсированной хронической патологией сердца и легких. Ведущие методы диагностики ТЭЛА в реальной практике врача приемного отделения: D-димер и МСКТ.

Возможности использования мембранного плазмафереза в лечении пациентов с острым суставным синдромом

Щемелева Е.В., Повзун А.С., Громов М.И.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Острый суставной синдром (ОСС) – это синдромокомплекс, который характеризуется выраженным воспалительным и болевым синдромами, часто требующими неотложной госпитализации пациента. Проявления ОСС наиболее часто встречаются у пациентов, страдающих заболеваниями соединительной ткани. При этом возможно как развитие дебюта ревматического заболевания, так и обострение уже ранее верифицированного патологического процесса. Основным звеном в патогенезе этих заболеваний является аутоиммунный процесс, представляющий собой сложное многокомпонентное патологическое явление, включающее как специфические, так и неспецифические элементы. Из этого следует, что, несмотря на то, что каждая из нозологий в отдельности требует в той или иной мере специфического лечения, существуют положения, общие для всех заболеваний. Мембранный плазмаферез (ПФ) – это универсальный эфферентный метод, позволяющий удалять из плазмы субстраты разнообразной природы независимо от их растворимости, молекулярного веса, электростатического заряда и обладающий в силу этого противовоспалительными, иммуномодулирующими и рядом других положительных свойств. Эфферентная терапия позволяет купировать болевой синдром и, тем самым, восстановить подвижность суставов, затормозить прогрессирование органических поражений. ПФ также способствует снижению уровней циркулирующих иммунных комплексов, СРБ, фибриногена, СОЭ.

Цель работы – оценить эффективность применения мембранного ПФ у пациентов с ОСС в условиях стационара скорой помощи.

Материалы и методы. Показаниями к проведению ПФ у пациентов с ОСС являлись: 1) высокая клинико-лабораторная активность воспалительного процесса; 2) низкая эффективность проводимой традиционной медикаментозной терапии; 3) невозможность проведения необходимого комплекса лечебных мероприятий из-за сопутствующих заболеваний или осложнений основного заболевания. Все процедуры ПФ проводились

на отечественных аппаратах «Гемос» и «Гемма» с использованием мембранных плазмофильтров ПФМ-800. Объем эксфузированной плазмы составлял 30–40 % объема циркулирующей крови при скорости перфузии 50–80 мл/мин. В качестве плазмозамещающих средств использовали безбелковый плазмозамещающий раствор Плазма-Лит 148 с 5 % глюкозой в количестве 120 % от объема эксфузированной плазмы. В период с 2009 по 2016 г. курсы ПФ были выполнены 104 пациентам (74 мужчин – 71,2 %, 30 женщин – 28,8 %) в возрасте 24–83 года, госпитализированным в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с диагнозом «острый суставной синдром». Из них пациентов с подагрой – 67 (64,4 %), ревматоидным артритом – 22 (21,2 %), другими воспалительными заболеваниями суставов – 15 (14,4 %). При госпитализации у всех больных выявляли артриты различной выраженности и локализации, у части больных – субфебрильную температуру, снижение массы тела. При исследовании периферической крови у всех больных повышалась СОЭ, а также уровень СРБ и фибриногена. При нахождении в стационаре пациентам выполнялось от 1 до 5 процедур с интервалом 3–5 дней. При выписке из стационара до завершения полного курса процедур ПФ (4–5) пациентам было рекомендовано продолжить его амбулаторно.

Результаты. В результате проведения процедур ПФ хорошего клинического эффекта (купирования или значительного уменьшения интенсивности болевого синдрома) удалось достичь у 68 (65,4 %) больных, недостаточный эффект (незначительное уменьшение интенсивности болевого синдрома) был у 27 (25,9 %), отсутствовал у 9 (8,7 %) обследованных. В большинстве случаев уменьшение выраженности артралгий, гипертермии и припухлости суставов, отмечалось у больных уже после 1-го ПФ. У 12 пациентов (11,5 %) после первой процедуры ПФ отмечалось некоторое усиление артралгий без нарастания признаков воспаления. Но после последующих процедур боли в суставах исчезали или значительно уменьшались. Положительная клиническая динамика у больных, получавших эфферентную терапию, сопровождалась изменением лабораторных показателей – уровень СОЭ и СРБ снижались вплоть до нормализации у всех обследованных. Выводы. Мембранный ПФ является эффективным методом для лечения острого суставного синдрома в условиях стационара скорой помощи.

Мультиморбидность у больных с острым коронарным синдромом

Эфрос Л.А., Калев О.Ф., Жданова Е.А., Печенкина М.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинская областная клиническая больница, Челябинск

Цель работы – изучить гендерные различия в частоте сопутствующих заболеваний у больных с различными клиническими формами острого коронарного синдрома.

Материалы и методы. В исследование включены 1079 пациентов с ОКС, прошедших лечение в отделении кардиологии № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в 2015 г. Диагноз ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСсп ST) имели 417 (38,6 %) пациентов; ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбп ST) – 162 (15 %) пациента, нестабильную стенокардию (НС) – 452 (41,0 %) пациента. Из них 704 (65,2 %) мужчин и 375 (34,8 %) женщин. Средний возраст всех пациентов составил $61,9 \pm 11,9$ года, у мужчин $58,9 \pm 11,9$ года, у женщин – $67,6 \pm 12$ лет. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 13.1).

Результаты. Комплексная оценка данных анамнеза показала, что всего среди 1079 пациентов было выявлено 2019 заболеваний. На одного больного в среднем пришлось 1,9 заболеваний. Отсутствие

сопутствующих заболеваний было только у 8,2 % пациентов. Более чем у трети пациентов (32,7 % случаев) зарегистрировано по 1 сопутствующему заболеванию. У большей части пациентов отмечено 2 и более сопутствующих заболеваний, из них у 29,1 % больных – 2 заболевания, у 17,4 % – 3 заболевания, у 9,2 % – 4 заболевания и у 4,1 % – 5 и более заболеваний. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у всех больных были болезни системы кровообращения (БСК) – у 47,6 % пациентов, на 2-м месте (22,5 %) – болезни эндокринной системы, на 3-м месте (11,8 %) – болезни органов пищеварения. Среди БСК (ОКСспСТ – 85,4 %, ОКСбпСТ – 96,3 %, НС – 99,3 % случаев) ведущим заболеванием была АГ, которая достоверно чаще (0,002) встречалась в группах больных с ОКСспСТ и с НС (91,3 %; 88,2 %) по сравнению с группой пациентов с ОКСбпСТ (86,5 %). Кроме АГ во всех группах присутствовали следующие заболевания: атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА) (3,9 %; 8,3 %; 6,0 % соответственно), на втором месте – варикозное расширение вен нижних конечностей (3,6; 3,5; 5,3 %). Болезни эндокринной системы выявлялись у больных с ОКСспСТ в 39,1 % случаев, с ОКСбпСТ – 55,5 % случаев, у больных с НС – 44,7 % случаев. Из заболеваний данной группы следует выделить такую патологию, как сахарный диабет (СД) 2-го типа и ожирение, которые встречались в (52,8 %; 44,4 %; 37,62 %) – СД 2-го типа; в (38,6 %; 44,4 %; 49 %) – ожирение. Среди болезней органов пищеварения (ОКСспСТ – 21,8 %, ОКСбпСТ – 19,1 %, НС – 25,9 % случаев), достоверно чаще встречался гастрит ($p = 0,04$) в группе с НС, а в группе ОКС сп СТ ЯБДПК ($p = 0,03$). Заболевание других систем отмечались реже: болезни мочеполовой системы у пациентов были в 9,3; 12,3; 7,9 % случаев, в группе с ОКСспСТ достоверно чаще ($p = 0,003$) встречалась ДГПЖ. Болезни органов дыхания были выявлены в 7,4; 8,0; 7,7 % случаев, достоверно чаще встречалась бронхиальная астма ($p = 0,004$) у больных с нестабильной стенокардией в сравнении с группами больных с ОКСспСТ и ОКСбпСТ. Анализ сопутствующих заболеваний у мужчин и женщин показал, что частота встречаемости АГ у мужчин 93,72; 88,1; 89,88 % была выше, чем у женщин 60,47; 63,85; 71,4 %. Среди заболеваний эндокринной системы ведущее место у пациентов обеих групп занимает СД 2-го типа с одинаковой частотой (52,52; 40; 33 %) – у мужчин; (53,1; 48,8; 41,74 %) – у женщин. Ожирение встречалось у лиц мужского пола в 1,3–1,5 раз чаще, чем у женщин. Заболевание щитовидной железы регистрировалась у лиц женского пола в 4,5 раза чаще. На третьем месте по частоте встречаемости идут болезни органов пищеварения, как у мужчин (23,45; 21,35; 23,39 %), так и у женщин (17,2; 15,2; 29,4 %), причем у мужчин на первое место выступает язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (41,33; 45,4; 30,59 %), то у женщин в этой группе лидирующее место занимают гастрит (23,3; 44,4; 32,72 %) и холецистит (47,3; 11,2; 34,54 %).

Выводы. Значимой сопутствующей патологией у больных с ОКС была артериальная гипертензия, у лиц женского пола она сочеталась с атеросклерозом брахиоцефальных артерий, варикозным расширением вен нижних конечностей и облитерирующим атеросклерозом. Сахарный диабет в группе с ОКСспСТ наблюдался у половины женщин и мужчин. Высокая частота сопутствующей патологии увеличивает риск развития осложнений основного заболевания и их взаимного отягощения.

Гендерно-возрастные различия в диабетической ретинопатии у больных с сахарным диабетом 1-го типа

Эфрос Л.А., Калев О.Ф., Тюльганова В.Л., Ковригина Е.В.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинская областная клиническая больница, Челябинск*

Цель работы – изучить возрастно-половой состав пациентов с диабетической ретинопатией в сочетании с факторами риска.

Материалы и методы. В исследование включены 119 пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, прошедших лечение в отделении эндокринологии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница». Из них 63 (52,9 %) мужчины и 56 (47,1 %) женщин. Диабетическая ретинопатия была диагностирована у 96 (80,6 %) пациентов. Среди них 53 (55,2 %) мужчины и 43 (44,8 %) женщины. Средний возраст пациентов с диабетической ретинопатией составил $33,5 \pm 13,3$ года, у мужчин $34,1 \pm 13,2$ года, у женщин – $32,8 \pm 13,1$ года. Все больные, вошедшие в исследование, были распределены по возрастным группам в соответствии с МКБ-10 (моложе 34, 35–44, 45–54, 55–64 и старше 65 лет). Определение уровня АД и общего холестерина проводилось в соответствии с последними клиническими рекомендациями (за целевой уровень АД у больных с сахарным диабетом принималось АД 130/80 мм рт.ст, целевой уровень общего холестерина меньше 4,0 ммоль/л). Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 13.1).

Результаты. Анализ показал, что диабетическая ретинопатия была диагностирована у мужчин в 55,2 % случаях, а у женщин в 44,8 % случаев. В возрасте моложе 34 лет частота диабетической ретинопатии у мужчин составила 56,6 %, а у женщин – 62,8 %, в возрастной группе 35–44 года – 18,9 % и 13,9 % соответственно. В возрастной группе старше 65 лет частота встречаемости диабетической ретинопатии была 1,9 % и 2,3 % соответственно. Подавляющее большинство составили пациенты с непролиферативной формой диабетической ретинопатии – в 83,3 %, препролиферативная форма составила 7,3 %, наиболее тяжелая, пролиферативная форма наблюдалась в 9,4 % случаев. Непролиферативная форма диабетической ретинопатии несколько чаще встречалась у мужчин (55 %), чем у женщин (45 %). Распределение непролиферативной формы диабетической ретинопатии по возрастным группам среди мужчин и женщин было одинаковым. Другие формы диабетической ретинопатии наблюдались также чаще у мужчин. Многочисленные исследования свидетельствуют, что артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия являются факторами прогрессирования атеросклероза и влияют на прогноз течения сахарного диабета. Все пациенты с диабетической ретинопатией были распределены на группы в зависимости от наличия у пациента в анамнезе АГ, гиперхолестеринемии и сочетание этих факторов. Наличие АГ с диабетической ретинопатией у мужчин наблюдалась в 43,4 % случаев, а у женщин – в 34,9 % случаев. При сравнении пациентов по возрастным группам артериальная гипертензия чаще наблюдалась в возрасте моложе 34 лет и в группе 35–44 года. Превышение целевого уровня общего холестерина выявлено у мужчин в 94,3 %, у женщин в 93,0 % случаев. Чаще всего гиперхолестеринемия встречается в тех же возрастных группах. Сочетание диабетической ретинопатии, артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии наблюдалось в 39,6 % у мужчин, а у женщин в 34,9 % случаев.

Выводы. Диабетическая ретинопатия является частым осложнением сахарного диабета 1-го типа и наблюдается в молодом возрасте (моложе 44 лет) и среди мужчин. Среди клинических форм диабетической ретинопатии наиболее встречаемая была непролиферативная форма. Диабетическая ретинопатия в сочетании с АГ наблюдалась в 39,5 % случаев, в сочетании с гиперхолестеринемией – в 93,8 % случаев, наличие диабетической ретинопатии с АГ и гиперхолестеринемией наблюдалось в 37,5 % случаев. Несмотря на имеющиеся опубликованные клинические данные о тесной связи между сахарным диабетом, АГ и гиперхолестеринемией, необходимо, по-прежнему, придавать особое значение выявлению модифицируемых ФР для профилактики развития поздних осложнений на начальных стадиях заболевания сахарным диабетом.

Молекулярные механизмы сердечно-сосудистого ремоделирования при пролапсе митрального клапана: в поиске «идеального» маркера

Ягода А.В., Гладких Н.Н., Зангелова Т.Э., Джазаева М.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Цель работы – установить у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) взаимосвязь структурно-функционального ремоделирования миокарда с состоянием некоторых биомаркеров.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов (68 мужчин, 32 женщины, средний возраст $21,85 \pm 4,13$ лет) с ПМК I–II степени. Митральная регургитация I степени отмечена у 53 %, II – у 47 % обследованных. Степень системного вовлечения соединительной ткани составила 2 (1; 4) балла. ПМК как изолированная кардиальная аномалия регистрировался в 2 % случаев, а в 98 % ему сопутствовали 1–2 малые кардиальные аномалии (аномально расположенная хорда, аневризма межпредсердной перегородки, пролапс трикуспидального клапана). На основании комплексного фенотипического обследования были определены первичный миксоматозный ПМК (3 % случаев), первичный семейный ПМК (23 %), спорадический синдром ПМК (47 %), марфаноидная внешность (2 %), неклассифицируемый фенотип (4 %), повышенная диспластическая стигматизация (10 %) и повышенная, преимущественно висцеральная, диспластическая стигматизация (11 %). Ремоделирование миокарда оценивали по данным эходоплеркардиографии (Vivid-7, Израиль) исходно и через 3-летний период наблюдения. Методом ИФА определяли в крови концентрации трансформирующего фактора роста $\beta 1$, основного фактора роста фибробластов (FGF-b) (Biosource International Inc.); эндотелина-1 (ET-1) (Amersham, США); оксида азота (R&D Systems, США); интерлейкинов – ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-10, фактора некроза опухоли α и интерферона- γ (Цитокин, Россия); L-, E-, P-селектинов, молекул адгезии 1-го типа – межклеточной (ICAM-1), тромбоцитарно-эндотелиальной (PECAM-1) и сосудистой (VCAM-1), сосудисто-эндотелиального фактора роста типа А (VEGF-A) и его рецепторов – VEGF-R1, VEGF-R2 (Bender MedSystems GmbH, Австрия), матриксных металлопротеиназ – MMP-1, MMP-9 и их ингибитора – TIMP-1 (БиохимМак, Китай). Проводили статистическую обработку результатов. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Ремоделирование сердца у пациентов с ПМК исходно было представлено увеличением индекса массы миокарда левого желудочка, а у некоторых больных – его нарастанием в течение трехлетнего периода наблюдения, а также увеличением глубины пролабирования митрального клапана. В сердечном ремоделировании у пациентов с ПМК при дисплазии соединительной ткани из исследуемого 21 биомаркера оказалась диагностически значимой роль лишь 7 – FGF-b, ET-1, E-селектина, ICAM-1, VEGF-A, MMP-1 и MMP-9. Для некоторых биомаркеров определены пороговые уровни их концентраций, ассоциированных с ремоделированием миокарда при ПМК: E-селектин $\geq 42,0$ нг/мл (95 % ДИ 1,4–81,1), ICAM-1 $\geq 682,1$ нг/мл (95 % ДИ 1,7–15,5), VEGF-A $\leq 197,3$ пг/мл (95 % ДИ 0,58–0,86). Вклад FGF-b и ET-1 в увеличение индекса массы миокарда левого желудочка при ПМК в ходе многофакторного регрессионного анализа был установлен, наряду с повышенными уровнями аутоантител к коллагенам I и II типов. В этой связи ремоделирование сердца при ПМК может рассматриваться в рамках общего патогенетического процесса – дисплазии соединительной ткани. Следует отметить, что в динамике трехлетнего периода наблюдения на ремоделирование сердца не оказывали влияния пол ($p = 0,866$), возраст 18–35 лет ($p = 0,529$), степень системного вовлечения соединительной ткани ($p = 0,903$), астенический тип конституции ($p = 0,320$), долихостеномелия ($p = 0,522$), сколиотическая

деформация грудного отдела позвоночника I–II степени ($p = 0,922$), продольное плоскостопие I–II степени ($p = 0,522$), количество малых аномалий сердца ($p = 0,845$), митральная регургитация II степени ($p = 0,251$), хронические инфекции верхних дыхательных путей ($p = 0,344$). Выводы. Ряд биомаркеров может использоваться для диагностики, мониторинга и в прогностическом плане сердечно-сосудистого ремоделирования у молодых пациентов с ПМК в рамках соединительнотканной дисплазии. Рациональный подход к использованию этих тестов и взвешенность интерпретации результатов обеспечит рост их клинической значимости.

Изменения гуморального иммунитета у пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением

Ярцева С.В., Победенная Г.П.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Введение. Сочетание бронхиальной астмы (БА) и ожирения является одним из часто встречающихся видов коморбидности. По данным современных исследований отмечена прямая зависимость увеличения частоты развития БА по мере возрастания ИМТ. В свою очередь было выявлено, что у больных БА встречаемость избыточной массы тела и ожирения вдвое выше, чем среднепопуляционная. Лежащий в основе патогенеза БА дисбаланс субпопуляционной структуры Т-лимфоцитов, способствует развитию хронического локального воспаления с участием клеточных и гуморальных реакций. Жировая ткань, являясь источником продукции провоспалительных медиаторов, обуславливает более значимые изменения состояния иммунной системы при БА, сочетанной с ожирением. Цель исследования – изучить особенности показателей гуморального иммунитета у пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением. Цель и методы исследования: Обследовано 67 пациентов в период стационарного лечения с обострением персистирующей БА средней степени тяжести и персистирующей тяжелой БА, (29 мужчин и 38 женщин в возрасте $39,3 \pm 4,7$ года), из числа которых были сформированы 2 группы. Диагноз БА устанавливали в соответствии с существующими рекомендациями. Пациенты 1 группы (32 человека) были с нормальной массой тела, пациенты 2 группы (35 человек) наряду с БА имели ожирение. Длительность заболевания БА составила от 10 до 27 лет. Для диагностики ожирения всем пациентам была проведена антропометрия с вычислением ИМТ, измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), их отношения (ОТ/ОБ) для косвенной оценки массы внутриабдоминальной жировой ткани. Для выработки контрольных значений были обследованы 20 практически здоровых лиц. Также наряду с общеклиническими исследованиями, определяли уровни иммуноглобулинов (Ig) A, M, G методом радиальной иммунодиффузии в геле по Manchini G. et al.; содержание IgE – методом иммуноферментативного анализа (ИФА) с тест-системой ООО «Полигност» (РФ, СПб).

Результаты. У пациентов I группы ИМТ, в среднем составил $23,8 \pm 0,9$ кг/м², что было выше контрольной группы на 6 % ($p < 0,001$). Существенной разницы в ОТ у пациентов I группы в сравнении со здоровыми лицами не определялось, однако, ОБ у них составил 102 ± 3 см и был достоверно меньше чем у здоровых. Это привело к увеличению показателя ОТ/ОБ пациентов I группы на 6 % ($p < 0,001$) относительно контрольной группы. Несмотря на то, что ИМТ пациентов I группы оставался в пределах общепринятой нормы, у них была отмечена тенденция к увеличению массы тела относительно практически здоровых лиц. У пациентов II группы показатель ИМТ составил $32,3 \pm 1,3$ кг/м², что было достоверно выше ($p < 0,001$) показателей в I группе. Величина ОТ пациентов II группы

– $100,1 \pm 2,5$ см, что превышало на 27,9 % показатель ОТ в I группе. При измерении ОБ у пациентов I группы данный показатель составил 102 ± 3 см, II группы $116 \pm 3,1$ см, что в среднем на 14,9 % больше, чем в I группе. Увеличение ОТ и ОБ у пациентов II группы в сравнении с пациентами I группы отмечалось и на достоверном увеличении у них показателя ОТ/ОБ в 1,2 раза. Показатели уровня IgE пациентов I группы составляли 144 ± 23 МЕ/мл и были в 2,4 раза достоверно выше, чем в контрольной группе (60 ± 7 МЕ/мл). У пациентов II группы концентрация IgE превышала значения контрольной группы в 4,5 раз ($p < 0,001$) и в 1,9 раз ($p < 0,001$) аналогичные показатели в I группе, что отражало воздействие сопутствующего ожирения на состояние системного аллергического воспаления при БА. Содержание IgA в крови обследуемых I группы было выше контрольных цифр в 1,4 раза ($p < 0,001$). Концентрация Ig M пациентов I группы также превышала показатели контроля, но в меньшей степени – в 1,3 раза ($p < 0,001$). Уровень IgA и IgM пациентов II группы был достоверно ниже аналогичных в I группе в 1,3 и 1,2 раза ($p < 0,001$). Показатель IgG у пациентов при сочетании БА и ожирения превышал аналогичный в контрольной группе в 1,5 раз ($p < 0,001$), однако, существенно не отличался от такового у пациентов I группы. Выводы. У больных БА, сочетанной с ожирением, было выявлено достоверное увеличение ИМТ и соотношения ОТ/ОБ относительно как пациентов контрольной группы, так и лиц с БА. При БА имеет место напряжение неспецифического и специфического звеньев гуморального иммунитета. При коморбидной патологии сочетания БА и ожирения изменения уровней иммуноглобулинов крови были разнонаправленными: при снижении уровней IgA и IgM – значительно повышалась концентрация IgG и IgE.

Новые возможности применения методов искусственного интеллекта в медицине: диагностика, прогнозирование и моделирование развития заболеваний сердечно-сосудистой системы

Ясницкий Л.Н.

Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермское отделение Научного совета по методологии искусственного интеллекта РАН, Пермь

Цель работы – показать и наглядно продемонстрировать на примерах новые возможности и перспективы применения методов искусственного интеллекта; показать, что они гораздо шире, чем те, которые сейчас реально используются в медицинской практике.

В современной научной литературе наблюдается лавинообразный рост публикаций, посвященных применению нейронных сетей для медицинской диагностики. Причем, наряду с термином «диагностика» часто используются термины: «прогноз заболеваний», «предсказание заболеваний», «оптимизация курсов лечения и профилактика». Однако данные термины употребляются только в узком смысле этого слова – как «исход заболевания», «выживет – не выживет», «какой процент пациентов выживет», «через какое время пациент вновь обратится к врачу», или как «диагноз заболевания, прогнозируемого в неопределенном будущем». Сообщений же о применении аппарата нейронных сетей для прогнозирования в более широком математическом смысле этого слова, т. е. для моделирования заболеваний как процессов, развивающихся во времени, а тем более – для управления этими процессами, в литературе не имеется.

В современной литературе почти нет сведений о существовании динамических математических моделях, позволяющих выполнять сценарное прогнозирование заболеваний. В связи с этим метод

математического моделирования почти не используется для решения очень важной для медицинской практики задачи выбора оптимальных стратегий профилактики и лечения заболеваний.

В докладе сообщается о создании диагностико-прогностической системы, состоящей из комплекса нейронных сетей, каждая из которых соответствует различным нозологическим формам сердечно-сосудистых заболеваний. Для обучения нейронных сетей использовано множество исторических данных о 1000 пациентах Отделения неотложной кардиологии Городской клинической больницы № 4 г. Перми. После обучения нейронные сети объединены пользовательским интерфейсом в интеллектуальную диагностико-прогностическую систему. Пользовательский интерфейс выполнен так, что результаты работы системы представляются графически в виде столбцов, высота каждого из которых отражает степень развития соответствующей нозологической формы сердечно-сосудистого заболевания. Проверка диагностико-прогностических свойств системы осуществлялась на тестовом множестве из 250 данных о пациентах, не вошедших в обучающее множество.

Далее во время доклада работа интеллектуальной системы демонстрируется на примере постановки диагнозов и долгосрочного прогнозирования развития заболеваний пациентам, различающимся своими физиологическими параметрами, образом жизни и состоянием здоровья. На экране монитора видно, как в течение жизни у пациентов возникают и развиваются различные заболевания. Видно, как на эти процессы можно влиять путем виртуального изменения образа жизни пациентов и приема лекарственных препаратов. Видно, как в ходе виртуальных компьютерных экспериментов можно подобрать наиболее рациональные стратегии профилактики и лечения заболеваний.

Таким образом, на примере заболеваний сердечно-сосудистой системы показано, что современные методы искусственного интеллекта позволяют не только ставить диагнозы заболеваний на текущий момент времени, но и прогнозировать их появление и развитие в будущие периоды жизни, а также подбирать оптимальную стратегию профилактики и лечения с учетом индивидуальных параметров пациента. Показана возможность выявления новых медицинских знаний методом математического моделирования. Сделан вывод о том, что рекомендации по профилактике и лечению кардиологических больных следует давать строго индивидуально с учетом физиологических особенностей организма пациентов. Если для одних пациентов такие рекомендации, как: «ограничить употребление сладкого», «отказаться от курения», «принимать препараты, снижающие артериальное давление», «убавить вес» и т. д., действительно полезны, то другим пациентам они могут причинить вред. Выявить таких нестандартных пациентов и избежать ошибочных рекомендаций, можно с помощью предлагаемой диагностико-прогностической системы.

Демонстрационный прототип системы свободно доступен в разделе «Проекты» на сайте Пермского отделения Научного совета РАН по методологии искусственного интеллекта www.PermAi.ru.

Работа выполнена при поддержке РФФИ: грант № 16-01-00164.

Длина теломер у больных стабильной стенокардией напряжения в различных возрастных группах

Яхонтов Д.А., Останина Ю.О.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Актуальность. Длина теломер рассматривается как маркер биологического статуса предыдущего деления клеток и повреждения ДНК на фоне

воспаления и окислительного стресса и их укорочение ассоциируются с атеросклерозом и ИБС. Дискутируется возможность интеграции длины теломер в текущую модель стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы – сопоставить относительную длину теломер (ОДТ) и факторы, влияющие на этот показатель у больных стабильной ИБС в различных возрастных группах.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 106 больных (мужчины) стабильной стенокардией напряжения (ССН) 1–3 ФК, в том числе 59 – молодого и среднего возраста (52 (46,5;55) года) – 1-я группа и 47 пожилых (64 (62;67) года; $p < 0,001$) – 2-я группа. Критерии исключения – сахарный диабет, инфаркт миокарда давностью < 6 мес, онкологические и аутоиммунные заболевания, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные и психические заболевания. Диагноз ИБС был подтвержден результатами коронароангиографии. ОДТ определялись методом ПЦР в реальном времени. Определение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса, как специфического маркера жесткости артериальной стенки и лодыжечно-плечевой индекса (ЛПИ), как показателя атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей, проводилось с использованием сфигмоманометра VaSera ПРОТИВ-1500N, Япония.

Результаты. ОДТ достоверно не различалась между группами и составила 0,84 (0,2;1,9) у.е. в 1-й группе и 0,3 (0,09;1,2) у.е. во 2-й группе ($p = 0,058$).

Частота укорочения ОДТ также не различалась, составляя 35 (59,3 %) случаев у больных молодого и среднего возраста и у 29 (61,7 %) – у пожилых больных ($p = 0,844$). При проведении корреляционного анализа в 1-й группе были выявлены отрицательные корреляционные связи ОДТ с ИММЛЖ ($r = -0,345$; $p = 0,034$), уровнем креатинина ($r = -0,335$; $p = 0,014$) и показателем ЛПИ ($r = -0,308$; $p = 0,033$). Во 2-й группе ОДТ уменьшалась при увеличении окружности талии ($r = -0,334$; $p = 0,033$), увеличении ИМТ ($r = -0,324$; $p = 0,039$), повышении цифр офисного САД ($r = -0,355$; $p = 0,023$) и ДАД ($r = -0,324$; $p = 0,039$). Кроме того, с уменьшением ОДТ в 1-й группе отрицательно коррелировала длительность АГ ($r = -0,389$; $p = 0,012$), что подтверждалось большей ОДТ у пациентов с менее продолжительным гипертоническим анамнезом ($r = 0,353$; $p = 0,026$). По данным многофакторного регрессионного анализа были выявлены значимые предикторы ОДТ. В 1-й группе увеличение офисного САД на 1 мм рт.ст. уменьшало ОДТ на 0,03 (-0,06; -0,01) ед. ($p = 0,013$), увеличение ударного объема на 1 мл уменьшало ОДТ на 0,04 (-0,08; -0,01) ед. ($p = 0,016$), а увеличение креатинина на 1 мл уменьшало ОДТ на 0,02 (-0,01; -0,05) ед. ($p = 0,027$). Во 2-й группе, был выявлен один значимый фактор, влияющий на ОДТ – ИММЛЖ, увеличение которого на 1 г/м² уменьшало ОДТ на 0,01 (-0,03; 0,00) ед. ($p = 0,019$).

Заключение. Несмотря на достоверные возрастные различия, ОДТ у больных ССН в обеих группах была сопоставима, однако показатели, влияющие на ОДТ, различались в зависимости от возраста.

Влияние фиксированной комбинации периндоприла аргинина и индапамида на суточные показатели центрального аортального давления и артериальной жесткости у больных артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома

Андреева Л.А., Панченкова Л.А., Хамидова Х.А., Юркова Т.Е., Карнута Г.Г., Зиновьева С.Ю., Казанцева Е.Э., Медведева Л.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко на ст. Люблино, Москва

Введение. В настоящее время центральное аортальное давление и артериальная ригидность являются лучшими предикторами сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с периферическим артериальным давлением и более реалистично отражают нагрузку на левый желудочек. В связи с этим для оценки эффективности гипотензивной терапии необходимо учитывать эти показатели.

Цель исследования: оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на суточную динамику показателей центрального аортального давления (ЦАД) и артериальной жесткости в течение суток у больных с артериальной гипертензией (АГ), ассоциированных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы исследования. Исследование включало 21 пациента в возрасте $50 \pm 7,6$ лет. Оценка показателей ЦАД и артериальной ригидности проводилась на фоне 16-недельного приема фиксированной комбинации периндоприла аргинина и индапамида. Всем обследуемым до и после лечения проводилось 24-часовое суточное мониторирование АД (BPLabVasotens, «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия) с регистрацией показателей ЦАД (систолическое артериальное давление, ЦСАД; диастолическое артериальное давление, ЦДАД; пульсовое артериальное давление, ЦПАД, мм рт. ст.; индекс аугментации, Alx_{ao} , %; амплификация пульсового давления, PPA, %) и суточных показателей артериальной ригидности (скорость пульсовой волны, PWV_{ao}, м/с; время распространения отраженной волны RWTT, мс; индекс ригидности артерий ASI, мм рт. ст.). Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных программ SPSS Statistica 10,0.

Результаты исследования: Отмечается снижение среднесуточных, дневных и ночных показателей периферического артериального давления на фоне 16-недельной гипотензивной терапии: САД до лечения $146,7 \pm 12,7$ и после лечения $122,0 \pm 6,5$ [$p=0,00003$]; ДАД до лечения $84,8 \pm 6,0$ и после $76,8 \pm 5,8$ [$p=0,00005$]; ПАД до лечения $52,0 \pm 9,4$ и после $45,0 \pm 5,5$ [$p=0,0007$]. САД_{дн} до лечения $140,0 \pm 11,4$ и после $125,0 \pm 8,5$ [$p=0,00004$]; ДАД_{дн} до лечения $87,0 \pm 5,0$ и после $79,1 \pm 6,8$ [$p=0,00003$]; ПАД_{дн} до лечения $52,6 \pm 9,3$ и после $45,9 \pm 5,3$ [$p=0,001$]. САД_н до лечения $128,0 \pm 18,0$ и после $107,7 \pm 21,9$ [$p=0,003$]; ДАД_н до лечения $78,4 \pm 10,4$ и после $69,7 \pm 6,3$ [$p=0,001$]. На фоне фиксированной комбинации периндоприла аргинина и индапамида статистически значимо снизились среднесуточные, дневные и ночные показатели ЦСАД, ЦДАД и ЦПАД: ЦСАД до лечения $127,3 \pm 12,0$ и после $113,6 \pm 7,0$ [$p=0,00001$]; ЦДАД до лечения $86,4 \pm 6,2$ и после $78,1 \pm 5,9$ [$p=0,00005$]; ЦПАД до лечения $41,0 \pm 8,1$ и после $35,4 \pm 5,6$ [$p=0,0006$]. ЦСАД_{дн} до лечения $129,3 \pm 10,5$ и после $116,0 \pm 7,8$ [$p=0,00003$]; ЦДАД_{дн} до лечения $88,5 \pm 5,2$ и после $80,5 \pm 6,9$ [$p=0,00004$]; ЦПАД_{дн} до лечения $40,9 \pm 8,1$

и после $35,6 \pm 5,3$ [$p=0,002$]. ЦСАД_н до лечения $120,8 \pm 17,0$ и после $106,0 \pm 10,1$ [$p=0,001$]; ЦДАД_н до лечения $80,0 \pm 10,7$ и после $70,9 \pm 6,3$ [$p=0,00007$]; ЦПАД_н до лечения $40,9 \pm 9,0$ и после $35,0 \pm 7,2$ [$p=0,0007$]. Отмечается статистически значимое снижение индекса времени САД (ИВСАД) и ДАД (ИВДАД) в дневные и ночные часы: ИВСАД_{дн} до лечения $39 (23;70)$ и после $5 (1;23)$ [$p=0,0002$]; ИВДАД_{дн} до лечения $41 (23;53)$ и после $11 (4;24)$ [$p=0,00015$]; ИВСАД_н до лечения $38 (21;87)$ и после $14 (4;21)$ [$p=0,0002$]; ИВДАД_н до лечения $64 (30;84)$ и после $2 (17;44)$ [$p=0,01$]. На фоне гипотензивной терапии отмечается статистически значимое снижение среднесуточных, дневных и ночных показателей артериальной жесткости: PWV_{ao} до лечения $10,8 \pm 1,06$ и после $10,4 \pm 1,07$ [$p=0,02$]; ASI до лечения $166,0 \pm 35,6$ и после $149,2 \pm 23,3$ [$p=0,02$]; повышение RWTT – до лечения $137,1 \pm 11,4$ и после $143,3 \pm 11,3$ [$p=0,02$]. ASI_{дн} до лечения $165,8 \pm 34,8$ и после $148,8 \pm 21,5$ [$p=0,02$]; RWTT_{дн} до лечения $135,0 \pm 12,0$ и после $141,6 \pm 12,0$ [$p=0,01$]. ASI_н до лечения $166,4 \pm 41,0$ и после $149,6 \pm 30,4$ [$p=0,03$]; RWTT_н до лечения $140,1 \pm 13,2$ и после $146,7 \pm 14,3$ [$p=0,04$]. Вывод. На фоне терапии фиксированной комбинацией периндоприла аргинина с индапамидом пациентов с артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома отмечается снижение не только периферического артериального давления, но и снижение центрального аортального давления, а также улучшение эластических свойств магистральных артерий. Научно-исследовательская работа одобрена этическим комитетом от 28.01.2016 года.

Клиническая и патофизиологическая характеристика перекрёста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких

Белаш В.А., Миронова Ж.А., Трофимов В.И., Всеволодская Е.И., Зарайский М.И., Сазанов А.А., Улитина А.С.

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

Введение. Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) редки в «чистом» виде, а у большей части пациентов (до 60%) отмечается их сочетание в той или иной степени. В то же время лечение перекрёста БА-ХОБЛ (П) практически не разработано в настоящее время ввиду систематического исключения этих пациентов из клинических исследований.

Идея. Комплексное изучение клиники, патофизиологии и молекулярных механизмов П позволит разработать эффективные подходы к лечению. Цель. Оценить роль клинических и фармакогенетических факторов: глюкокортикоидных рецепторов (ГР) α и β , аллельных вариантов полиморфизма С3435Т гена мультитеарственной устойчивости (MDR1) в формировании стероидочувствительности (СЧ) с целью создания маркёрного профиля эффективности глюкокортикоидной терапии при П. Материалы и методы. Обследовано 89 лиц старше 40 лет: 22 с БА, 21 с ХОБЛ, 26 с П и 20 добровольцев без заболеваний органов дыхания. Выполнено стандартное клинико-лабораторное обследование, определение экспрессии мРНК ГР α , ГР β методом ПЦР в реальном времени до и после курса лечения обострения. Определение С3435Т MDR1 выполнено методом ПЦР с рестрикционным анализом. Для постановки диагноза П использованы критерии испанского консенсуса 2012 года.

Результаты. Возникновение П не связано с полом, может клинически протекать как присоединение БА к ХОБЛ либо, чаще, как присоединение ХОБЛ к БА. Независимыми факторами риска развития П у пациентов с БА являются курение ($p=0,009$), возраст ($p=0,013$), нейтрофилия мокроты ($p=0,003$), эозинофилия мокроты ($p=0,0041$). Курение у женщин с БА быстрее, чем у мужчин (8,5 против 23,4 пачка/лет), приводит к раннему развитию П ($OR=7,000$; $CI=1,140-42,969$; $p=0,005$). Дополнение «испанских» критериев данными о проходимости дистальных бронхов (МОС75) и анамнезе курения, повышают точность диагностики и дифференциальной диагностики П. Клиническая картина П характеризуется как сочетанием признаков БА и ХОБЛ, так и уникальными особенностями. При П высока встречаемость сопутствующей ЛОР патологии, присущая БА, и кардиологической патологии, типичная для ХОБЛ. При П отмечены наихудшие результаты теста 6-минутной ходьбы ($p=0,048$), наибольшая встречаемость терапевтически резистентных пациентов (53,8%) и наихудший прогноз по величине индекса BODE ($p=0,006$). Кластерный анализ выявил 2 подгруппы П: пациенты среднего возраста с высоким индексом курительщика, неблагоприятным прогнозом и пациенты пожилого возраста с низким ИК и благоприятным прогнозом. Выраженность бронхобструкции при П была больше, чем при БА, и сопоставима с ХОБЛ ($p=0,001$), а выраженность её обратимости превышала у ХОБЛ, и БА ($p=0,001$). П характеризовался сочетанием высоких уровней нейтрофилии и эозинофилии мокроты, значительно превышавших показатели БА и ХОБЛ ($p=0,002$ и $p=0,008$ соответственно). Для купирования обострений П требовалось более длительное, чем при БА, назначение системных глюкокортикоидов (10,3 против 6,9 дней, $p=0,012$). При П отмечена более высокая частота встречаемости аллеля Т и гомозигот ТТ С3435Т MDR1, что указывает на замедление у данной группы больных выведения из клетки лекарственных препаратов, экзо- и эндотоксинов. Экспрессия ГРА и ГРВ коррелировала с клиническими проявлениями П. Повышение значений соотношения ГРА/ГРВ было ассоциировано с более легким течением П и коррелировало со значениями ОФВ1 ($p=0,041$), прироста ОФВ1 после бронхолитика ($p=0,018$), частотой обращений в «скорую помощь» ($p=0,027$) и частотой обострений ($p=0,041$). После курса терапии обострения П, в отличие от БА и ХОБЛ, изменение экспрессии ГРВ характеризовалось её увеличением. Это демонстрирует нарушение регуляции экспрессии ГР и объясняет выраженную терапевтическую рефрактерность П, несмотря на присущую эозинофилию мокроты. Обнаружена зависимость выраженности дыхательной недостаточности от экспрессии изоформ ГР вне зависимости от диагноза ($p=0,020$ для ГРА и $p=0,006$ для ГРВ). Незначительная гипоксия приводила к активации экспрессии ГРА и повышению СЧ ($p=0,050$), тогда как декомпенсированная ДН с гипоксемией в покое характеризовалась подавлением экспрессии ГРА и снижением СЧ ($p=0,032$).

Обсуждение. Полученные данные позволяют сформировать группы риска развития П и проводить в них профилактику, активно выявлять П, рассчитывать стартовые дозы ингаляционных глюкокортикоидов для лечения обострений П на уровне первичного медицинского звена и непрофильных отделений, подчеркивают важность развития программ легочной реабилитации.

Вторичный анкилозирующий спондилит у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Белюсова Е.Н., Одинцова А.Х., Протопопов М.С., Абдулганева Д.И.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница, Казань; Charité Universitätsmedizin, Университетская клиника Шарите, Берлин, ФРГ

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) – частое внекишечное проявление у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Частота выявления вторичного АС у пациентов с ВЗК, а также данные о клинических особенностях пациентов с вторичным АС по сравнению с общей группой пациентов с ВЗК разнятся.

Цель исследования. Определение частоты вторичного АС, а также частоты воспалительной боли в спине согласно критериям ASAS у пациентов с ВЗК, а также анализ клинических характеристик в группе пациентов с сочетанием АС и ВЗК в сравнении с общей группой пациентов с ВЗК.

Методы. В исследование было включено 70 пациентов с ВЗК (в т.ч. 42 (60%) – с язвенным колитом (ЯК), 28 (40%) – с болезнью Крона (БК), мужчин – 35 (50%), средний возраст – 40 (95% ДИ 37,2-42,8) лет, продолжительность ВЗК – 9,4 (95% ДИ 6,2-11,8) лет. На момент обследования о наличии артралгии в анамнезе сообщали 29 пациентов (41,4%), артрит в анамнезе имелся у 9 пациентов (12,9%). Хроническая боль в спине наблюдалась у 43 пациентов (61,4%). Диагноз «анкилозирующий спондилит» (АС) был установлен 5 (7,1%) пациентам. Пациенты были обследованы на предмет определения признаков воспалительной боли в спине согласно критериям ASAS (2009), включающим 5 клинических признаков. 48 пациентам была проведена рентгенография крестцово-подвздошных сочленений.

Результаты. Воспалительная боль в спине согласно критериям ASAS была выявлена у 31 (45,6%) пациента с ВЗК. После проведения рентгенографии крестцово-подвздошных сочленений признаки сакроилиита, достаточного для выставления диагноза «АС» согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям, был обнаружен у 10 (14,3%) пациентов. Пациенты с АС по сравнению с общей группой пациентов с ВЗК чаще были мужского пола (90% и 50%, $p=0,011$); чаще имели БК (70% и 40%, $p=0,023$). Других различий в клинической картине, в лабораторных показателях крови, в частности, в частоте стула, абдоминального болевых синдромов, значениях СОЭ, частоте назначения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа, цитостатиков, кортикостероидов выявлено не было. В группе пациентов с сочетанием ВЗК и АС в сравнении с общей группой были также и частота жалоб на боль в спине (100% и 86,2%, $p=0,29$), артралгий (55,6% и 40%, $p=0,29$), артритов (40% и 11,4%, $p=0,06$).

Обсуждение. Почти половина пациентов с ВЗК имела признаки воспалительной боли в спине согласно критериям ASAS; треть из них была классифицирована как АС. Чаще АС, ассоциированный с ВЗК, наблюдался у пациентов мужского пола, а также при БК. Не выявлено значимых клинических и лабораторных различий между в группе пациентов с АС по сравнению с пациентами с ВЗК. Проведение рентгенографии таза пациентам с ВЗК увеличило количество диагностированных случаев АС вдвое.

Возможные пути коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных, находящихся на программном гемодиализе

Белюсова И.С.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Введение. Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) являются частой патологией у больных, находящихся на программном гемодиализе (ПГД). Это связано с большим количеством стрессовых факторов, которые регулярно испытывают диализные пациенты: зависимость от процедуры ПГД, медицинского оборудования, персонала, соблюдение строгой диеты и питьевого режима, постоянный прием различных медикаментов, потеря работы и свободы передвижения (Mosconi P. et al., 2008). Повышение

уровня депрессии у диализных пациентов ассоциировано со снижением качества их жизни.

Идея. Уточнить степень выраженности ТДР у больных, находящихся на лечении ПГД, а также проанализировать возможные пути коррекции ТДР у пациентов.

Цель исследования. Оценить результаты применения анксиолитика Афобазола при ТДР у больных, находящихся на лечении ПГД, а также проследить динамику психологического статуса после фармакотерапии спустя 1 и 2 месяца.

Материалы и методы. В исследование была включена группа из 90 пациентов, находящихся на лечении ПГД (33 мужчины и 57 женщин). Средний возраст больных составил 61,0 [56,0-68,0] год. Длительность ПГД по данным анамнеза составила от 2 месяцев до 8,2 лет. Для определения наличия ТДР у больных на ПГД было проведено психологическое тестирование с помощью общепринятых опросников, которые заполнялись больными самостоятельно: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, шкала депрессий Центра эпидемиологических исследований CES-D, шкала Спилберга, состоящая из оценки личностной и ситуационной тревожности. Пациентам с выявленными ТДР с целью коррекции состояния был назначен селективный Афобазол, селективный анксиолитик небензодиазепинового ряда, в дозировке 5 мг 3 раза в сутки в течение 4 недель.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного психологического тестирования по опросникам HADS, Гамильтона, CES-D, личностной и ситуационной тревожности, у 78 из 90 (84,4%) пациентов были выявлены ТДР. При фармакотерапии Афобазолом в дозировке 5 мг 3 раза в сутки в течение 4 недель у диализных больных выявлена достоверная положительная динамика в виде уменьшения выраженности ТДР по всем используемым опросникам. По опроснику HADS уровни тревоги и депрессии после проведенной фармакотерапии из клинически выраженной достоверно ($p < 0,007$ и $p < 0,03$ соответственно) перешли в субклинически выраженную. По шкале Гамильтона уровень тревоги из тяжелой достоверно ($p < 0,004$) значительно наблюдалась трансформация в легкую, депрессии – из средней степени тяжести в легкую ($p < 0,009$). По шкалам личностной и ситуационной тревожности выраженная тревожность достоверно ($p < 0,04$ и $p < 0,02$ соответственно) перешла в умеренную, по опроснику CES-D легкое депрессивное расстройство – в состояние отсутствия депрессии, что является статистически достоверным ($p < 0,03$). Через 1 месяц после проведенной терапии Афобазолом у больных на ПГД значимой динамики зафиксировано не было. Спустя 2 месяца были выявлены признаки ТДР: по шкале HADS – Т достоверно ($p < 0,04$) выявлена клинически выраженная тревога, по шкале Гамильтона слабовыраженная тревога достоверно ($p < 0,006$) перешла в разряд субклинически выраженной тревоги, по шкалам личностной и ситуационной тревожности умеренная тревожность – в выраженную. По шкалам, определяющим депрессию, наблюдалась следующая динамика: по шкале HADS – D состояние субклинически выраженной депрессии через 1 и 2 месяца осталось прежним, по шкале Гамильтона без динамики – сохранялась легкая депрессия, по шкале CES – D, по которой после проведенного курса Афобазолом депрессия отсутствовала, было диагностировано легкое депрессивное расстройство, что является статистически достоверным ($p < 0,05$).

Таким образом, больным на ПГД, при наличии признаков ТДР, можно рекомендовать повторный прием Афобазола через 2 месяца.

Выводы: 1. Применение у диализных больных анксиолитика Афобазола ведет к снижению ТДР. 2. Через 1 месяц после фармакотерапии Афобазолом существенной динамики психологического статуса не наблюдалось, через 2 месяца вновь возникли признаки ТДР. 3. При наличии показаний следует рекомендовать повторный курс Афобазола

через 2 месяца, а также по показаниям, выявленным в ходе оценки психологического статуса.

Вариабельность метаболических нарушений у хакасов и европеоидов с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями

Берсенёва О.А., Агеева Е.С.

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

Метаболический синдром (МС) рассматривается как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и гормональных нарушений (Simmons R.K., 2010). Поражение органов и систем при МС определяет интерес к данной проблеме (Michalakis K., 2013). Целью работы являлось изучение вариабельности метаболических нарушений у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) у жителей Республики Хакасия.

Задачи. Провести сравнительный анализ метаболических нарушений у хакасов и европеоидов с ИБС и ЦВЗ с учетом половых различий. Определить их роль в патогенезе ИБС и ЦВЗ у населения Республики Хакасия.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов, из них 40 мужчин (20 хакасов и 20 европеоидов) и 60 женщин (30 хакасов и 30 европеоидов) в возрасте от 18 до 65 лет. Выборки представлены пациентами с хроническими ЦВЗ ($n=40$) и ИБС ($n=60$). ИБС устанавливали на основании кардиологического опросника, соответствующего протоколу ВОЗ. ЦВЗ верифицировали при наличии клинических, анамнестических и инструментальных признаков поражения головного мозга. МС был верифицирован по критериям ВНОК (2009). Группа сравнения представлена 50 здоровыми добровольцами. Все пациенты подверглись комплексному лабораторному и инструментальному исследованию.

Результаты исследования. Выраженность атерогенных нарушений в виде повышения ХС ЛПНП и снижения ХС ЛПВП оказалась больше среди хакасов с ИБС, чем у европеоидов. У хакасов уровень ХС ЛПНП был статистически значимо выше по сравнению с европеоидами: 4,4 [3,9; 5,6] против 3,7 [2,4; 4,9] ммоль/л, уровень ХС ЛПВП статистически значимо ниже: 1,0 [0,9; 1,3] против 1,3 [1,0; 2,1] ммоль/л, $p < 0,05$. Анализ нарушений углеводного обмена показал выраженные различия у европеоидов с ИБС и МС. Уровень глюкозы в сыворотке крови натощак составила 10,7 [6,8; 12,6] ммоль/л против 7,3 [6,6; 9,7] ммоль/л, $p < 0,05$. Показатели систолического и диастолического давления имели тенденцию к увеличению как среди хакасов, так и европеоидов. Средние показатели АД у европеоидов были, выше чем среди хакасов – 160 [150;175] против 150 [140;170] мм рт. ст. Аналогичная тенденция наблюдалась в группе пациентов с ЦВЗ. Так у хакасов уровень ХС ЛПНП был значимо выше, по сравнению с европеоидами: 5,1 [3,6; 5,4] против 3,0 [1,9; 4,8] ммоль/л, а уровень ХС ЛПВП значимо ниже: 0,9 [0,9; 1,4] против 1,3 [0,9; 2,8] ммоль/л, $p < 0,05$. При этом анализ нарушений углеводного обмена показал выраженные изменения у хакасов с ЦВЗ и МС. Уровень глюкозы крови натощак составил 7,5 [5,7; 11,2] ммоль/л против 6,7 [5,9; 10,6] ммоль/л ($p=0,03$). Средние показатели систолического АД у хакасов были выше, чем среди европеоидов – 200 [150; 215] мм рт. ст. против 180 [150;190] мм рт. ст. Средние показатели диастолического АД имели тенденцию к увеличению независимо от популяционной принадлежности. Анализ показателей свертывающей системы крови показал, что средние значения тромбоцитов АЧТВ, МНО не отличались у хакасов и европеоидов. При этом в группе

хакасов с ЦВЗ наблюдалось значительное превышение средних значений фибриногена – 7,22 [3,48;5,3] против 4,64 [3,4; 5,05] г/л, $p < 0,05$.

Заключение. Таким образом, было показано, что среди пациентов с ИБС нарушения ассоциированы с дислипидемией у хакасов и гипергликемией, артериальной гипертензией у европеоидов. Наряду с этим, среди пациентов с ЦВЗ метаболические нарушения ассоциированы с артериальной гипертензией, дислипидемией, нарушениями углеводного обмена и функцией свертывающей системы у хакасов, гипергликемией, артериальной гипертензией и дислипидемией у европеоидов.

Скрытая проблема: сердечно-сосудистый риск и поражение почек у пациентов дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты

Бичурина Д.М., Гайдукова И.З., Ребров А.П.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Саратов

Введение. Сердечно-сосудистые болезни являются основной причиной заболеваемости и смертности людей работоспособного возраста. При этом смертность у пациентов с поражением почек, обусловленная фатальными сердечно-сосудистыми событиями, выше, чем в общей популяции. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) может ассоциироваться с изменением функции почек у больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП). Идея. Возможно повышение уровня сердечно-сосудистого риска с ухудшением функции почек на фоне приема НПВП у пациентов с ДДЗП. Цель исследования – оценить взаимосвязи между возможным повреждением почек и риском фатальных сердечно-сосудистых событий у больных на фоне приема НПВП не более 30 суток по поводу ДДЗП. Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов с ДДЗП, получающих НПВП (не более 3 курсов за прошедший год, не более 14 дней за последний месяц приема). Возраст составил 48,0 [36,0; 55,0] лет, 41 (40%) мужчина. Индекс приема НПВП ASAS за 30 дней составил 20,0 [7,7; 50,0] %, за год – 4,5 [1,9; 20,0] %. Определяли микроальбумин и $\alpha 1$ -микроглобулин в моче, удельную плотность в общем анализе мочи, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕР1, уровень С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови; производили расчет отношений микроальбумин/креатинин и $\alpha 1$ -микроглобулин/креатинин; измеряли риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Результаты. У обследованных пациентов с ДДЗП удельный вес мочи составил 1018 [1013; 1025] г/л, СКФ – 76,0 [68,0; 84,5] мл/мин/1,73м², уровень СРБ – 3,5 [2,0; 6,0] мг/л; уровень альбуминурии – 57,0 [33,5; 82,4] мг/г, уровень глобулинурии – 135,0 [77,4; 197,7] мг/г; индекс SCORE составил 0,45 [0,08; 2,4] %. Выявлены взаимосвязи между величиной индекса SCORE и СКФ (R Спирмена = - 0,32; $p = 0,002$), индексом приема НПВП ASAS за год ($R = 0,27$; $p = 0,04$). Взаимосвязей между величиной SCORE и индексом приема НПВП ASAS за 30 дней, удельной плотностью мочи, уровнем СРБ, уровнем глобулинурии, уровнем альбуминурии не установлено. При этом были выявлены слабые взаимосвязи между возрастом пациентов и индексом приема НПВП ASAS за 30 дней ($R = 0,28$; $p = 0,03$), индексом приема НПВП ASAS за год ($R = 0,26$; $p = 0,04$).

Обсуждение/выводы. У больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника установлено тубулоинтерстициальное

повреждение почек на фоне кратковременного приема НПВП, проявляющееся повышением концентрации маркеров почечного повреждения (альбумина и $\alpha 1$ -микроглобулина мочи) и снижением удельной плотности мочи. Снижение СКФ и увеличение дозы приема НПВП ассоциируется с повышением сердечно-сосудистого риска.

Оценка тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний среди учащейся молодежи

Веселковский В.А., Кулева А.А., Кулешов Б.А., Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

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

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

Материалы и методы. В ноябре 2016 года было обследовано 276 учащихся колледжа ЮУГМУ, средний возраст 19,7±2,5 лет (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%). Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Оценка курения, употребления алкоголя, уровня физической активности, статуса питания проводилась по опроснику CINDI (1996). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (ИМТ, кг/м²) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение артериального давления и выявление артериальной гипертензии (АГ) проводилось по российским рекомендациям (2013). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Данные представлены в виде $M \pm s$; для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера; для оценки независимой ассоциации тревоги и депрессии и ФР ХНИЗ применялся метод множественной логистической регрессии. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В общей популяции учащихся медицинского колледжа распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%); депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Гендерных различий не выявлено. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов (19,4% и 10,6% соотв., $p < 0,05$). Среди лиц с тревогой достоверно выше распространенность АГ и избыточного употребления соли; среди лиц с депрессией – предожирения, абдоминального ожирения, низкой физической активности, нерационального питания, недостаточного употребления овощей и фруктов, низкого балла успеваемости (3,0-3,4). По результатам множественной логистической регрессии, риск тревоги увеличивается при наличии АГ (в 5,3 раза), избыточного употребления соли (в 2,0 раза) и уменьшается при употреблении алкоголя в малых дозах (в 2,0 раза). Вероятность депрессии увеличивает наличие ИМТ $\geq 25,0$ кг/м² (в 3,9 раза), абдоминального ожирения (в 2,6 раза), низкой физической активности (в 2,2 раза), нерационального питания (в 3,0), недостаточного употребления овощей и фруктов (в 2,6 раза), среднего балла успеваемости

ниже 3,9 (в 2,5 раза). В свою очередь, протективным эффектом в отношении депрессии обладает средний балл успеваемости выше 4,5, уменьшающий риск ее развития в 2,6 раза.

Выводы. 1. Выявлена высокая распространенность тревоги (37,7%) и депрессии (20,3%) среди учащихся медицинского колледжа ЮУГМУ. 2. Частота встречаемости тревоги клинического уровня достоверно выше у старшекурсников в сравнении с учащимися младших курсов. 3. Риск тревоги увеличивается при наличии АГ и избыточного употребления соли, и уменьшается – при употреблении алкоголя в малых дозах. Риск депрессии увеличивает ИМТ \geq 25,0 кг/м², абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкий средний балл успеваемости (\leq 3,9), уменьшает – высокий средний балл успеваемости (\geq 4,5).

Влияние Афобазола на функциональную активность ABCB1-белка

Гацанога М.В., Черных И.В., Шулькин А.В., Якушева Е.Н.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Афобазол (фабомотизола дигидрохлорид) – оригинальный отечественный анксиолитик с нейропротекторной активностью. Безрецептурный отпуск и широкий спектр показаний повышает вероятность его комбинации с другими лекарственными средствами и возникновения межлекарственных взаимодействий. Сегодня широко изучаются взаимодействия лекарственных веществ на уровне мембранного транспортера ABCB1-белка, контролирующего фармакокинетику многих из них.

Цель исследования – оценить влияние Афобазола на функциональную активность ABCB1-белка в клинике.

Материалы и методы. Одноцентровое, простое слепое, плацебоконтролируемое, рандомизированное, перекрестное, двухэтапное сравнительное исследование проводилось на 15 добровольцах обоего пола со средним возрастом 22,0 \pm 2,2 лет на клинической базе ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Функционирование ABCB1-белка анализировали по фармакокинетику его маркерного субстрата – фексофенадина (Аллегра®, Sanofi). Для этого у добровольцев забирали кровь через 15, 30 минут, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 24 часов после перорального приема препарата. Концентрацию фексофенадина определяли методом ВЭЖХ с УФ детектированием. Фармакокинетические параметры рассчитывали модельнонезависимым методом. Критерии включения: возраст 18-45 лет, индекс массы тела от 18,5 до 30,0 кг/м², генотип СТ по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1, кодирующему ABCB1-белок, способность выполнять требования протокола исследования, низкая тревожность по шкале Спилбергера-Ханина, полиноз в анамнезе. Исследование состояло из периода скрининга (до 21 дня) и двух периодов госпитализации с «отмывочным» периодом не менее 5 дней. На этапе скрининга 62 добровольца после подписания информированного согласия были подвергнуты стандартной процедуре общеклинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, а также ЭКГ. Затем у добровольцев оценивали полиморфизм С3435Т гена MDR1, кодирующего ABCB1-белок методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результата. Далее 15 добровольцев (7 мужчин и 8 женщин) с генотипом СТ были рандомизированы на 2 группы: первая получала Афобазол («Фармстандарт – Лексредства») в дозе 10 мг три раза в день в течение 14 дней, вторая – плацебо по аналогичной схеме. После 14 дней лечения добровольцы госпитализировались и

получали утром однократно натошак фексофенадин per os в дозе 360 мг вместе с Афобазолом/плацебо. Затем следовал отмывочный период, и в группах менялась последовательность приема препаратов. Через 14 дней следовала вторая госпитализация и прием фексофенадина. Результаты обрабатывали программами StatSoft Statistica 7.0 и Microsoft Excel. Наличие различий в значениях T_{max} оценивали критерием Вилкоксона. Остальные фармакокинетические параметры подвергали многофакторному дисперсионному анализу после их логарифмирования. Учитывали влияние последовательности приема Афобазола или плацебо, периода исследования, различий между испытуемыми и между фармакокинетическими параметрами фексофенадина при применении Афобазола и плацебо. Рассчитывали 90%-й доверительный интервал (ДИ) отношения средних геометрических фармакокинетических параметров фексофенадина на фоне Афобазола к его параметрам после приема плацебо.

Результаты. 12 добровольцев завершили исследование в соответствии с протоколом и были включены в дальнейший анализ (по 6 человек в каждой группе). Показанием для применения Афобазола было наличие у добровольцев тревожности, выявленной с помощью теста Спилбергера-Ханина. Единственным фактором, который вносил значимый вклад в вариабельность C_{max}, C_{max}/AUC_{0-t} и Ke₁, являлись испытуемые (p<0,05). Вклад остальных факторов оказался незначимым (p>0,05). T_{max} фексофенадина у добровольцев обеих групп статистически значимо не отличалась (p=0,68). В тоже время AUC_{0-t} фексофенадина после приема Афобазола увеличивалась по сравнению с группой плацебо в 1,33 раза (90%-й ДИ 1,13-1,55, p=0,008). Вклад факторов «период и последовательность приема» являлся незначимым (p>0,05). Полученные результаты свидетельствуют о более высоком плазменном содержании фексофенадина после приема Афобазола по сравнению с группой плацебо, что свидетельствует об ингибирующем влиянии Афобазола на функциональную активность ABCB1-белка.

Вывод. Прием Афобазола добровольцами с низкой тревожностью в дозе 10 мг три раза в день в течение 14 дней приводит к повышению AUC_{0-t} фексофенадина, что свидетельствует об ингибировании функциональной активности ABCB1-белка. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России 17 ноября 2015 года.

Нарушение реологических свойств эритроцитов у больных волчаночным нефритом с выраженной анемией

Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Соколова И.А., Мухин Н.А.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва

В прогрессировании заболевания почек иммуновоспалительного характера особая роль отводится нарушению процессов микроциркуляции. Ухудшение реологических процессов способствует повреждению и отслойке сосудистого эндотелия с последующим развитием капиллярно-трофической недостаточности, приводящей к прогрессированию ишемии и фиброзу органов. При системной красной волчанке (СКВ) ухудшения реологических параметров наиболее выражены в период развития волчаночного нефрита (ВН). При прогрессировании ВН у пациентов нередко возникает анемия — осложнение, связанное с утратой почками способности секретировать достаточное количество эритропоэтина, необходимого для стимуляции кроветворения. Анализ гемореологических

изменений у пациентов ВН с анемией до настоящего времени проведен не был.

Цель исследования: изучить изменения реологических свойств крови у больных волчаночным нефритом, осложненным анемией.

Материал и методы: 98 больных СКВ (26 мужчин в возрасте 40±14 лет и 72 женщины в возрасте 37±12 лет). Больные были разделены по степени активности СКВ, согласно классификации SLEDAI на 4 группы: 1 гр. (0-12 баллов) – 15чел.; 2 гр. (13-25 б) – 32 чел.; 3 гр. (26-38 б) – 42 чел.; 4 гр. (39+) 9 чел. Контрольная группа – 66 практически здоровых доноров. У 85 пациентов с СКВ диагностировано поражение почек – волчаночный нефрит. Из 46 больных активным ВН, у 18 пациентов поражение почек сочеталось с анемией. Гемореологические параметры определялись в пробах венозной крови. Измерения проводили при стабилизированных Ht (40%) и температуре (25°C). Оптическим методом исследовали кинетику спонтанной агрегации и дезагрегации эритроцитов в сдвиговом потоке. Тестировали деформационные свойства эритроцитов методом эктацитометрии. Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS 12.

Результаты. Нарушения реологических параметров выявлены у всех больных СКВ. Эритроциты больных сохраняли нормальную форму, однако их микрореологические свойства изменились. По сравнению с показателями в контрольной группе, у больных СКВ отмечено увеличение вязкости крови (4,21±0,23 мПа*с и 5,83±0,31 мПа*с, $p<0,05$), уменьшение деформируемости эритроцитов на 38% ($p<0,006$), уменьшение времени, требующегося для их агрегации (9,01±3,16 с и 7,80±2,51 с, $p<0,05$), а также увеличение характерного размера эритроцитарных агрегатов (109±43 усл.ед. и 140±51 усл.ед., $p<0,05$). Наиболее быстрое образование эритроцитарных агрегатов выявлено у больных с максимальной степенью активности СКВ (9,01±3,03с норма и 5,47±2,02 с 4 ст. акт., $p<0,05$). Разделение больных в зависимости от степени поражения почек продемонстрировало, что из всех групп больных СКВ пациентам с активным ВН с существенной ГУ присущи минимальные значения показателей деформируемости эритроцитов и времени их агрегации, а также максимальные значения показателей характерного размера эритроцитарных агрегатов и их прочности. Вязкость крови нарастала по мере увеличения активности ВН. В группе ВН с выраженной ГУ характерный размер эритроцитарных агрегатов (158±34 усл.ед.) был существенно выше, чем при умеренно выраженной ГУ (120±17 усл.ед., $p<0,02$). При оценке гемореологического статуса больных с выраженными признаками анемии в сравнении с больными ВН без признаков анемии (ВНан-) и с практически здоровыми людьми (норма) продемонстрировало, что больные группы ВНан- обладали эритроцитарными агрегатами повышенной прочности (12,5,% – норма 23±7,42, ВНан- 18,3±9,13*, ВНан+ 15,5±12,4*, $p<0,02$), у больных группы ВНан+ эта аномалия была более выраженной и, по сравнению с контролем, существенно возрастал размер эритроцитарных агрегатов (А,у.е., норма 991±400, ВНан- 1218±534, ВНан+ 1376±488*). Деформационные свойства эритроцитов ухудшались в обеих группах больных ВН по сравнению с нормой (IDmax 0,406±0,083, 0,377±0,073 и 0,379±0,054, а tgα – 0,0759±0,0193; 0,0586±0,0216* и 0,0620±0,0259* (* – $p<0,05$ по сравнению с нормой)). Таким образом, увеличение вязкости крови у больных СКВ с волчаночным нефритом, как и у больных СКВ в целом, связано с изменением агрегационных и деформационных свойств эритроцитов. Степень гемореологических нарушений нарастает параллельно увеличению иммунологической активности заболевания, преимущественно за счёт усиления агрегационных свойств эритроцитов. Максимальное усиление агрегационных свойств обнаружено у больных ВН с выраженной гематурией в сочетании с анемией.

Экстрасистолическая аритмия как причина вторичной гемодинамической артериальной гипертензии

Германова О.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Установить взаимосвязь между экстрасистолией и развитием вторичной гемодинамической артериальной гипертензии.

Материал и методы. Обследовано 132 пациента с наджелудочковой и желудочковой экстрасистолией. У всех больных в период правильного синусового ритма признаков АГ не отмечено. В анамнезе нет указаний на повышенное АД. Анализировались очередное, внеочередное сокращения и первое постэкстрасистолическое сокращения. Внутриартериальный кровоток оценивался с помощью УЗДГ. Момент возникновения экстрасистол в кардиоцикле оценивался по данным ЭхоКГ, ЭКГ, АКГ и Холтер ЭКГ. Кинетика артериальной сосудистой стенки рассчитывалась по параметрам: скорости, ускорения, мощности и работы, вычисленные на основании анализа сфигмограмм. Градация экстрасистолии осуществлялась независимо от локализации эктопического центра, а по моменту возникновения их в кардиоцикле: 1) экстрасистолы до момента открытия митрального клапана; 2), 3) возникающие в фазу быстрого наполнения до и после пика трансмитрального кровотока; 4) возникающие в фазу медленного наполнения желудочков; 5) другие (аллоритмии, групповые). Измерение АД проводилось с помощью метода Короткова таким образом, чтобы момент измерения совпадал с первой постэкстрасистолической волной на сфигмограмме. Дублировалось измерение АД после нормировки от 0 до 1 и калировки сфигмограмм сонной артерии. Прирост средних САД и ДАД (мм рт. ст.) при различных видах экстрасистолий составил: при экстрасистолии в фазу изоволюмического снижения внутрижелудочкового давления до открытия митрального клапана (N=19) – 36,3±10,2; при экстрасистолии до пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения (N=48) – 30,7±9,8; при экстрасистолии после пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения (N=44) – 24,2±8,6; при экстрасистолии в фазу медленного наполнения желудочков (N=21) – 7,1±2,3.

Результаты. Определяющее значение для изменения гемодинамики имеет момент возникновения экстрасистолы в кардиоцикле и способность первого постэкстрасистолического сокращения восстановить адекватный результирующий кровоток. Оно характеризуется: увеличением ударного объема от 5 до 40%; повышением САД до 30% (с формированием вторичной гемодинамической АГ) по сравнению с САД на фоне правильного ритма; увеличением параметров кинетики артерий, что отражает рост пропульсивной функции сосудов по перемещению увеличенного УО в первом постэкстрасистолическом сокращении; возрастанием скорости объемного кровотока; повышенной деформацией артериальной сосудистой стенки. Максимальные значения этих параметров получены в первом постэкстрасистолическом сокращении при экстрасистолии 1 и 2 типов. Особая гемодинамическая ситуация возникает при наличии аллоритмий, когда, например, при устойчивой бигеминии, АД повышено в 50%, а при тригеминии около 1/3 времени.

Выводы. Целесообразно включение экстрасистолии в число причин вторичной гемодинамической АГ. Особенности этого вида ВАГ будут: неустойчивый характер повышения АД, рост преимущественно САД, прямая связь с моментом возникновения экстрасистолы. Чем раньше возникает экстрасистола, тем больше повысится АД в первом постэкстрасистолическом сокращении. Увеличенная пульсовая волна первого постэкстрасистолического сокращения может быть фактором, ведущим к дополнительной деформации стенок артерий и развитием осложнений, к которым может приводить любая АГ.

Ремоделирование церебральных артерий при экспериментальном табакокурении и возможности фармакологической коррекции

Гончар Е.Ю., Невзорова В.А.

Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Владивосток

Актуальность: табакокурение является третьим по значимости фактором риска возникновения инсульта, инициирующим ремоделирование и повреждение артериальной стенки. Ведущую роль в этих процессах играют матриксные металлопротеиназы (ММП) и их тканевые ингибиторы (ТИМП). Поиск эффективных мер фармакологического воздействия на доклиническом этапе поражения артерий представляет особый интерес для снижения преждевременной смертности и инвалидизации населения. Цель исследования: изучить влияние статинов и омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ω -ЗПНЖК) на морфометрические параметры и соединительнотканый дисметаболизм церебральных артерий при длительном табакокурении в эксперименте.

Материалы и методы. Модель длительного табакокурения была воспроизведена по протоколу H. Zheng и колл. (2009 г.) на крысах-самцах линии Vistar. Животные ежедневно в течение 6 месяцев вдыхали табачный дым в специальной камере 1 час утром и 1 час днем. Затем животных поделили на 4 подгруппы. На протяжении 8 недель 1-ая подгруппа получала симвастатин в дозе 5 мг/кг/сутки, 2-ая подгруппа ω -ЗПНЖК в дозе 0,35 мл, 3-я подгруппа оба препарата в тех же дозах, а 4-ая подгруппа фармакологических агентов не получала. Раствор ω -ЗПНЖК представлял собой смесь очищенных до 95% эйкозопентаеновой и докозапентаеновой кислот, полученных на базе Тихоокеанского института биологии Моря ДВО РАН* из жира печени минтая. Группа контроля содержалась в стандартных условиях вивария. По окончании эксперимента изготавливали гистологические препараты головного мозга. В качестве морфометрического параметра был рассчитан индекс Керногана: отношение толщины стенки (Н, мкм) церебральной артерии к диаметру (D, мкм) просвета. Для оценки экспрессии ММП-2 и 9 и ТИМП-1 и 2 использовалась непрямая иммуногистохимический метод. Количественную оценку экспрессии проводили путем измерения плотности преципитата иммуногистохимической реакции. Результат выражали в единицах оптической плотности (ЕОП). Работу проводили на базе ЦНИЛ «Тихоокеанский государственный медицинский университет». Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Достоверность различий между группами (при $p < 0,05$) оценивали с помощью коэффициента Манна-Уитни.

Результаты. При морфометрии церебральных артерий у животных, после длительного табакокурения, установлено увеличение индекса Керногана (Н/Джурил. $0,35 \pm 0,02$; Н/Дконтроль $0,20 \pm 0,07$, $p < 0,05$) и достоверное повышение содержания индуцибельной ММП-9 до $65,01 \pm 9,03$ ЕОП (ММП-9контроль $41,01 \pm 6,05$ ЕОП; $p < 0,00007$) со снижением ТИМП-1 до $34,85 \pm 5,76$ и ТИМП-2 до $11,64 \pm 4,49$ ЕОП (ТИМП-1контроль $65,93 \pm 12,75$; $p = 0,0002$ и ТИМП-2контроль $28,38 \pm 7,97$ ЕОП; $p = 0,000001$). После завершения фармакологического воздействия симвастатином, ω -ЗПНЖК и их комбинации во всех группах животных сохранялся повышенный индекс Керногана (Н/Дсимв. $0,36 \pm 0,026$; Н/Д ω -ЗПНЖК $0,35 \pm 0,018$; Н/Дсимв+ ω -ЗПНЖК $0,36 \pm 0,024$, $p < 0,05$ при сравнении с контролем). После применения симвастатина в пилальных артериях выявлено достоверное снижение ММП-9 (ММП-9симв. $51,62 \pm 3,63$ ЕОП, $p < 0,05$) и повышение уровня ТИМП-2 (ТИМП-2симв. $21,40 \pm 5,09$ ЕОП; $p < 0,05$) при сравнении с животными без фармакологического воздействия. После воздействия ω -ЗПНЖК в пилальных артериях обнаружено достоверное повышение

ТИМП-1 и 2 до $48,96 \pm 6,34$ и $27,2 \pm 9,69$ ЕОП с параллельным уменьшением содержания ММП-9 до $56,99 \pm 9,92$ и ММП-2 до $42,29 \pm 4,48$ ЕОП ($p < 0,05$). Комбинация симвастатина и ω -ЗПНЖК наиболее значимо влияет на маркеры соединительнотканного дисметаболизма после прекращения табакокурения, что проявляется снижением содержания ММП-9 до $51,01 \pm 3,59$ ЕОП в сочетании с повышением ТИМП-1 и 2 до $48,49 \pm 6,04$ и $19,83 \pm 7,62$ ЕОП.

Заключение. При длительном табакокурении формируется стойкое к фармакологическому воздействию ремоделирование церебральных артерий по гипертрофическому типу, и развитие соединительно-тканного дисметаболизма артериальной стенки, о чем свидетельствует изменение содержания ММП и ТИМП. Сочетанное воздействие симвастатина и ω -ЗПНЖК в эксперименте максимально эффективно влияет на маркеры соединительнотканного дисметаболизма после прекращения табакокурения. Изолированное применение симвастатина и ω -ЗПНЖК оказалось менее эффективным.

*с 01.09.2016 г. преобразован в «Национальный научный центр морской биологии» ДВО РАН. *Работа одобрена независимым Междисциплинарным этическим комитетом при ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, протокол № 7 от 23.06.2014.

Особенности функции почек и уродинамики у больных хронической подагрой по данным комплексной реносцинтиграфии

Громова М.А., Цурко В.В., Кашкадаева А.В., Аверинова С.Г., Ширяев С.В., Алехин А.П.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Группа компаний «ТЕКО», Москва

Актуальность. Подагра – распространенная форма воспалительного артрита, которая в настоящее время рассматривается как системный процесс. Одним из частых ее проявлений является подагрическая нефропатия, что в 30-40% случаев может быть первичным признаком – «почечной маской» подагры. Для своевременного выявления потерь функциональных резервов почек недостаточно рутинных анализов мочи в сочетании с сонографией. В лаборатории радиоизотопной диагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ разработана современная высокая технология системной экспертизы нефроурологического состояния на базе комплексной реносцинтиграфии (СЭНС-КР). Возможности СЭНС-КР служат углубленному дифференцированному анализу нарушений функции паренхимы почек, верхних и нижних мочевыводящих путей при минимальных лучевых нагрузках (0,6 мЗв на пациента).

Цель исследования. Определить особенности функции почек и уродинамики у больных подагрой по данным радионуклидной (РН) технологии СЭНС-КР.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 59 выписных эпизодов больных подагрой (2007-2011 гг.). Большинство пациентов (95%) – мужчины, средний возраст $54,4 \pm 9,5$ года. Длительность заболевания – 8 [4;11] лет. У всех больных отмечен хронический подагрический артрит, у 28% – тофусы. Для оценки функциональных резервов мочевого выделительной системы (МВС) и риска развития почечной недостаточности использовано автоматизированное рабочее место СЭНС-КР. При исследованиях МВС на 2-детекторной гамма-камере применен отечественный

радиофармпрепарат (РФП) 99mTc-технефор, имеющий гломерулотропные и частично (на 10-15%) тубулотропные свойства. Рабочий протокол состоял из базового 21-мин. функционального исследования и отсроченного 21-мин. досмотра (для выявления устойчивых нарушений уродинамики). Проведена количественная оценка системных и парциальных показателей МВС. Статистическая обработка сделана по программе Statistica 10.0.

Результаты. По данным тестов СЭНС-КР у больных подагрой выявлены многочисленные парциальные нарушения функции в отделах МВС. В среднем, уровень очищения крови от РФП снижен незначительно с трендом к умеренной степени ($RO=0,87\pm 0,22$), буферное удержание меченой РФП крови во внепочечных структурах повышено ($RK=5,05\pm 1,63$). В паренхиме артериальный (А $13,5\pm 6,8$ сек) и венозный (V $15,3\pm 8,6\%$) кровотоков незначительно замедлен, выявлены признаки относительного гемостаза на фоне быстрого выведения, ускоренного приема гипотензивных препаратов. Относительный почечный кровоток (%) незначительно снижен в правую (R) почку, $QL:QR=(53,1\pm 3,5) : (46,9\pm 3,5)$. Концентрационная функция почек незначительно снижена, достаточна ($Gren = 18,0\pm 4,6$ о.е.). Скорость выведения меченой мочи на переходе «кора – мозговой слой» ренальной паренхимы снижена незначительно ($D=55,0\pm 18,3\%$). В среднем, показатели относительного уростаза в отделах чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) превышают норму, что говорит о застойных нарушениях в почках, скрытых от обычных методов диагностики ($KC=5,2\pm 3,7$; $KP=8,3\pm 3,9$, $KPC=2,0\pm 1,0$). Сравнение данных базового теста и досмотра позволяет оценить устойчивость или регулируемость застоя в ЧЛС: уростаза в чашечках нарастают ($Gcalc=78,1\pm 27,1$ versus $GC 84,1\pm 49,8$), а в лоханке – уходят ($Grelv 136\pm 63,9$ versus $GP 61,2\pm 35,8$). Так построена ранняя РН-диагностика гидронефротической трансформации, инфекции мочевых путей или высокой готовности к ее развитию.

Выводы. Недостаток в клинике эффективных средств слежения за состоянием уродинамики и функции почек приводит к недооцениванию скрытых морфофункциональных нарушений при подагре, осложняющих работу паренхимы и ускоряющих развитие хронической болезни почек. Технология СЭНС-КР обеспечивает оценку качества почечного очищения крови от РФП, гемонарушений и концентрационной функции паренхимы каждой почки, а также предоставляет клинике уникальные количественные показатели уродинамических задержек в отделах мочевых путей. Такая функциональная диагностика позволяет оперативно проводить мониторинг состояния МВС, своевременно назначать меры лечебной коррекции дисфункции почек и мочевыводящих путей, обоснованно направлять пациентов на консультацию к специалистам (урологам, нефрологам, гинекологам).

Особенности медико-социальных факторов, выявленных при по возрастной диспансеризации городского населения крупного промышленного центра в первичном звене здравоохранения

Жилиева Т.П.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Актуальность. Одна из причин высокой смертности от ССЗ – отсутствие эффективных мер по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений.

Цель данного исследования — анализ распространенности заболеваемости ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензии и основных факторов риска ССЗ, выявление особенностей психологического статуса, уровней приверженности к лечению и проведению профилактических мероприятий (ПкЛ) и качества жизни (КЖ) в зависимости от половой

и возрастной принадлежности лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Разработка и внедрение методов повышения эффективности диспансеризации болезней системы кровообращения населения крупного промышленного центра», проект № 15-06-10782. Были изучены данные диспансеризации населения различных возрастных групп в первичном звене здравоохранения в территориальной поликлинике в 2013-2016 гг. Всего обследовано 1082 пациента, прошедших по возрастной диспансеризацию в 2016 году в возрасте от 18 до 95 лет. Наибольший удельный вес (75%) среди обследованных составляли женщины. Среди респондентов преобладала возрастная категория от 37 до 60 лет (39,9%). Возрастная категория от 18 до 36 лет составила 22,9%, а лица старше 60 лет – 37,2%. Средний возраст испытуемых – 51,9 лет. Средний возраст мужчин и женщин был практически равен и составил 51,2 и 52,1 лет.

Результаты. Наиболее встречаемым риском является гипертоническая болезнь (ГБ) – выявлена у более половины всех обследованных лиц – 592 пациента (54,7% – 1 группа). У 490 пациентов не было гипертонической болезни (45,3% – 2 группа). Средний возраст больных в 1 группе составил 61,9±13,9 лет и во 2 группе 45,1±16,3 лет ($p=0,0001$). Из 1082 пациентов у 264 была выявлена ИБС (3 группа) и у 818 пациентов не было ИБС (4 группа). Распространенность ИБС составила 24,4% из общего числа пациентов. Средний возраст больных в 3 группе составил 69,5±12,6 лет и в 4 группе 48,8±15,5 лет ($p=0,0001$). Биохимический анализ содержания глюкозы и ОХС в крови показал, что соответствие референсным значениям нормы наблюдается лишь в возрастной группе до 30 лет, далее, с увеличением возраста, как для мужчин, так и для женщин характерно повышение содержания исследуемых показателей. Согласно результатам линейного регрессионного анализа концентрация глюкозы зависела от пола и возраста, наличия СД и АГ. У женщин статистически значимо концентрация глюкозы в среднем была ниже, чем у мужчин, на 0,182-0,294 ммоль/л. Увеличение возраста на 1 год в среднем обуславливало статистически значимое увеличение концентрации глюкозы на 0,010-0,022 ммоль/л. Наличие СД ассоциировалось с увеличением концентрации глюкозы на 2,057 ммоль/л. Наличие АГ в свою очередь ассоциировалось с увеличением концентрации глюкозы на 0,442 ммоль/л. Для всех участников выборки характерен средний уровень физического компонента КЖ, лишь у 4,4% мужчин и 5,3% женщин выявлен низкий уровень физического здоровья. Напротив, анализ психологического компонента КЖ показал наличие низкого уровня у 99% всех участников исследования. Анализ тревожности и ПкЛ пациентов с учетом половой принадлежности выявил статистически значимые отличия лишь по уровню личностной тревожности – у женщин, в сравнении с мужчинами, преобладали средний (81,1% vs 18,9%, $p=0,0000$) и высокий (80,4% vs 19,5%, $p=0,0000$) уровни личностной тревожности. Средний уровень ПкЛ характерен для 90% пациентов.

Выводы. Выявленные медико-социальные факторы определяют объемы и программу первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний городского населения. Показатели КЖ, реактивной и личностной тревожности отражают низкий уровень психологического здоровья лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике, склонность к пониженному психоэмоциональному состоянию, ипохондричности, что может существенно влиять на уровень приверженности к лечению и проведению профилактических мероприятий. Необходимо оказание психологической помощи, направленной на повышение психоэмоционального статуса и личностного адаптационного потенциала, уровня качества жизни лицам, подлежащим диспансерному наблюдению в территориальной поликлинике. Полученные данные могут быть использованы для планирования объемов лечебно-профилактических мероприятий для прикрепленного городского населения.

Исследование ассоциации новых молекулярно-генетических маркеров внезапной сердечной смерти, выявленных методом секвенирования следующего поколения в зарубежном исследовании, с внезапной сердечной смертью в российской популяции

Иванова А.А., Максимов В.Н., Малютина С.К., Савченко С.В., Новоселов В.П., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Россия занимает одну из лидирующих позиций по смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Около 50% всех случаев смерти, произошедших по причине ССЗ, составляет внезапная сердечная смерть (ВСС). Большинство умерших ВСС – лица молодого и среднего возраста, часть из которых ранее не имели какого-либо ССЗ, и их состояние здоровья оценивалось как стабильное и не вызывающее опасений (Morini E, 2015). Роль существующих клинических маркеров повышенного риска ВСС для пациентов без выявленной кардиальной патологии невысока. В этом случае актуальным является поиск молекулярно-генетических маркеров ВСС, которые помогут спрогнозировать ее риск у конкретного пациента и его родственников, даже при отсутствии клинических симптомов ССЗ и провести грамотную профилактическую работу для предотвращения развития внезапного летального исхода (Hertz CL, 2014).

Целью исследования является проверка ассоциации ультраредких мутаций A189T (rs730880254) гена JPH2, H4552R (rs768299786) гена RYR2, 9928_9929insE (rs796866952) гена TTN с ВСС. Мутации выявлены в зарубежном исследовании методом полноэкзомного секвенирования (Whole Exome Next-Generation DNA Sequencing) в случаях внезапной смерти, произошедших по неизвестной причине, отсутствуют в доступных экзомных базах данных, не были ранее изучены в отношении какой-либо патологии (Nagula N, 2015).

Материалы и методы. Группа ВСС сформирована с использованием критериев ВСС ВОЗ и Европейского общества кардиологов (n=391, средний возраст 53,3±8,8 года, мужчины – 72,7%, женщины – 27,3%). В группу включены внезапно умершие вне лечебно-профилактических учреждений жители Октябрьского района города Новосибирска. Основные патологоанатомические диагнозы протоколов судебно-медицинского исследования лиц, включенных в группу ВСС, – острая коронарная недостаточность и острая недостаточность кровообращения. Из группы исключены лица, находившиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, имеющие морфологические изменения ткани сердца, характерные для острого инфаркта миокарда и кардиомиопатий. Контрольная группа (жители того же района города) подобрана по полу и возрасту из банка ДНК международных проектов HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe), MONICA (Multinational MONitoring of trends and determinants in Cardiovascular disease) (n=371, средний возраст 53,1±8,3 года, мужчины – 68,3%, женщины – 31,7%). Выделение ДНК проводили методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование выполняли методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом полиморфизма длин рестриционных фрагментов по оригинальным методикам. Для мутации гена TTN было проведено подтверждающее прямое автоматическое секвенирование (Applied Biosystems, США). Исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом. Результаты. В группе ВСС и контрольной группе не выявлено носителей редких аллелей мутаций A189T гена JPH2, H4552R гена RYR2. Выявлены гетерозиготные носители мутации 9928_9929insE гена TTN в группе ВСС (4,1%) и контрольной группе (3,8%). По частотам генотипов мутации не

найден статистически значимых различий между группами (p>0,05). Обсуждения. Мутация 9928_9929insE локализована в гене TTN (2q31), который кодирует белок титин. Известные мутации гена связывают с развитием гипертрофической, дилатационной и аритмогенной правожелудочковой кардиомиопатии (Gigli M, 2016). Мутация A189T локализована в гене JPH2 (20q13.12), известные мутации гена ассоциированы с гипертрофической кардиомиопатией (Beavers DL, 2014). Мутация A189T по данным предиктивной платформы PolyPhen2 является доброкачественной. Мутация H4552R локализована в гене RYR2 (1q43), кодирующем рианодинорный рецептор. Мутации в гене связаны с стресс-индуцированной полиморфной желудочковой тахикардией и аритмогенной правожелудочковой дисплазией (Liu X, 2017). Мутация H4552R по данным предиктивной платформы PolyPhen2 является доброкачественной. В ходе проведенного исследования не обнаружены носители редких аллелей мутаций A189T гена JPH2, H4552R гена RYR2 в группе ВСС и контрольной группе. Гетерозиготные носители мутации 9928_9929insE гена TTN найдены как в группе ВСС, так и в контрольной группе. Однако по частотам генотипов мутации не найдено статистически значимых различий между группами. Заключение. Мутации A189T гена JPH2, H4552R гена RYR2, 9928_9929insE TTN не ассоциированы с ВСС в исследуемой выборке внезапно умерших жителей г. Новосибирска. Работа поддержана грантом РФФИ №16-34-00147.

Полиморбидность и гериатрические синдромы как факторы неприверженности лечению при сердечной недостаточности

Карпенко Д.Г., Чукаева И.И., Ларина В.Н.

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

Введение. Результаты многих исследований и клинический опыт свидетельствуют о недостаточной приверженности лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), которая в последние годы рассценивается как независимый фактор риска прогрессирования заболевания и неблагоприятного прогноза.

Идея. Несмотря на современные достижения в диагностике, профилактике и лечении ХСН, проблема низкой приверженности остается нерешенной и служит помехой врачу в длительном ведении таких пациентов.

Цель. Изучить факторы, определяющие приверженность оптимальной терапии пациентов пожилого возраста с ХСН, наблюдающихся в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В открытое, сравнительное одномоментное, нерандомизированное исследование были включены 80 пациентов (45 женщин, 35 мужчин) с ХСН II-IV ФК по классификации NYHA в возрасте 60 лет и старше. Длительность ХСН составила 24 (12-48) мес. Группу сравнения составили 40 пациентов (18 мужчин и 22 женщины) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы без ХСН. Индекс коморбидности по Charlson определялся по онлайн калькулятору [<http://www.pmidcalc.org/?sid=3558716&newtest=Y>], когнитивный статус – по шкале оценки психического статуса Mini-mental State Examination (MMSE). Критерием старческой астении считали наличие хотя бы 3 признаков согласно шкале FRAIL (Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight). Приверженность лечению оценивали с помощью клинико-психологической шкалы Мориски-Грин. Приверженными признавали пациентов, набравших 4 балла. Проводились лабораторное и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования. С целью определения минеральной плотности кости (МПК) выполнялось денситометрическое исследование методом

двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. При статистической обработке результатов использовали IBM SPSS Statistics version 21. Результаты. Остеопороз (ОП) имели 35 из 58 (60,3%) пациентов с ХСН и 6 (26,1%) из 23 человек группы сравнения ($p=0,005$), локомоторные падения – 36 (45%) больных ХСН и 12 (30%) пациентов из группы сравнения ($p=0,113$). Переломы костей скелета в анамнезе имелись у 31 (39%) пациентов ХСН и у 8 (20%) пациентов группы сравнения ($p=0,039$). Старческая астения выявлена у 34 (42,5%) пациентов с ХСН и у 2 (5%) из группы сравнения ($p<0,001$). Приверженность лечению у пациентов с ХСН составила 3,0 (3,0-4,0) балла, группы контроля – 4,0 (3,5-4,0) балла ($p=0,003$). Приверженными лечению оказались 32 (40%) из 80 пациентов с ХСН и 30 (75%) из 40 группы сравнения ($p<0,001$). Коморбидность по шкале Charlson в группе пациентов, приверженных лечению, составила 3 (3-5) балла, неприверженных – 5 (3-7) баллов ($p=0,017$). Старческая астения выявлялась у 8 (25%) приверженных лечению пациентов с ХСН и у 26 (54%) неприверженных лечению ($p=0,009$). Выраженные когнитивные нарушения имелись у 5 (16%) приверженных и у 24 (50%) пациентов, неприверженных лечению ($p=0,001$). При однофакторном регрессионном анализе установлена связь приверженности лечению с уровнем когнитивного статуса по MMSE – ОШ 1,5; 95% ДИ 1,2-1,9 ($p<0,001$), старческой астенией – ОШ 3,5; 95% ДИ 1,3-9,5 ($p=0,011$), ОП – ОШ 2,98; 95% ДИ 1,0-8,9 ($p=0,050$), коморбидностью по Charlson – ОШ 1,21; 95% ДИ 1,0-1,5 ($p=0,050$). Независимо ассоциируемыми со старческой астенией оказались возраст > 74 лет – ОШ 2,9; 95% ДИ 1,1-7,3 ($p=0,028$) и падения – ОШ 3,3; 95% ДИ 1,3-8,4 ($p=0,011$). Обсуждение. Приверженными лечению оказались 40% амбулаторных пациентов с ХСН в возрасте ≥ 60 лет. Неприверженные лечению больные были старше и чаще имели гериатрические синдромы. Множественная патология, нарушенный когнитивный статус, остеопороз, старческая астения оказывают негативное влияние на приверженность лечению больных старшего возраста с ХСН, что требует своевременного их выявления и дальнейшей коррекции.

Влияние стеноза почечных артерий в комплексе с другими факторами на риск развития сосудистых событий у пациентов с острым коронарным синдромом

Кобзева Н.Д.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Категория пациентов ИБС с атеросклеротическим поражением некоронарных бассейнов особо сложна для ведения. Наличие выраженных стенозов некоронарных сосудов ассоциировано с увеличением смертности в течение 2,5 лет. Согласно данным литературы, наличие и менее выраженных стенозов (30% и более) в некоронарных артериях оказывает неблагоприятное прогностическое значение при проспективном наблюдении больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

В связи с изложенным выше, целью исследования явилось изучение влияния стеноза почечных артерий (ПА) в комплексе с другими факторами на риск развития сосудистых событий у пациентов ОКС

В исследование было включено 323 пациента ОКС, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУ РО РОКБ. Из них мужчин – 217 человек (67,2%), женщин – 106 человек (32,8%), средний возраст обследованных больных – $59,6 \pm 9,2$ лет, при этом средний возраст мужчин – $58,4 \pm 0,6$ лет, женщин – $62,2 \pm 0,8$ лет. Всем пациентам в динамике проводили регистрацию ЭКГ в покое, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, ультразвуковое исследование

почек, коронарографию (КАГ) для оценки степени поражения коронарных сосудов, селективную ангиографию почечных сосудов, стандартные биохимические исследования. Критериями исключения из исследования были пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями почек и печени.

В исследование было включено 323 пациента с ОКС, из них 217 (67,1%) мужчин, 106 (32,9%) – женщин.

Статистический анализ данных проводили с помощью программ Microsoft Office Excel2010 (Microsoft Corp., США) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Анализ полученного фактического материала показал, что поражение ПА, по результатам селективной ангиографии, было верифицировано у 80 больных с ОКС (24,8%). При этом одностороннее поражение встречалось у 47 пациентов (58,8%), двустороннее – у 33 пациентов (41,2%).

При проведении двухфакторного логистического регрессионного анализа в качестве одного фактора был выбран стеноз ПА или двухсторонний стеноз, а в качестве второго те признаки, которые ранее в ходе однофакторного анализа продемонстрировали свое влияние на риск сосудистых событий. Атеросклеротическое поражение ПА в совокупности с величиной ФВ или размером ЛП, ПЖ, а также толщиной МЖП влияли на риск развития нефатальных сосудистых событий ($p=0,024$, $p=0,025$, $p=0,004$, $p=0,009$). Помимо этого, в совокупности со стенозом риск повышался в случае прироста СКФ после КАГ.

В ходе работы было продемонстрировано, что на риск развития фатальных сосудистых событий оказывало влияние двухстороннее поражение, а также ряд других признаков, в частности, размер ЛП, МЖП, значение ОХС крови ($p=0,04$, $p=0,018$, $p=0,037$, соответственно). Сочетание этих признаков позволило подтвердить их содружественное влияние на возможность развития фатальных событий в рамках двухфакторного логистического анализа.

Двухсторонний стеноз ПА также влиял на риск развития фатальных и нефатальных сосудистых событий, однако факторы, также оказывающие влияние на эту конечную точку, отличались от факторов, влияющих на фатальные сосудистые исходы. В связи с этим был проведен двухфакторный логистический анализ, подтвердивший сохранение такого влияния при содружественной оценке факторов, среди которых ранги ХБП ($p=0,034$), значение СКФ до КАГ ($p=0,0001$), а также выраженность стеноза проксимального и дистального участков ПМЖВ ($p=0,005$ и $p=0,027$). Таким образом, нами было продемонстрировано статистически значимое влияние стеноза почечных артерий в комплексе с другими признаками на риск развития фатальных и нефатальных сосудистых событий.

Наличие уравнений логистической регрессии позволило нам разработать прогнозные таблицы, которые могут использоваться в клинической практике для расчета величины риска развития в отдаленном периоде после перенесенного ОКС.

Взаимосвязь стеноза почечных артерий с факторами сердечно-сосудистого риска и показателями почечной функции у пациентов с острым коронарным синдромом

Кобзева Н.Д., Терентьев В.П., Батюшин М.М.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Согласно данным литературы, факторы риска (ФР) развития атеросклероза коронарных и почечных артерий (ПА) одинаковы. Важно, что многие ФР развития дисфункции почек одновременно являются и «традиционными» сердечно-сосудистыми. Вместе с тем, особенности сердечно-сосудистых

ФР у пациентов с атеросклеротическим поражением ПА недостаточно глубоко изучены.

В связи с изложенным выше, целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи стеноза ПА с факторами сердечно-сосудистого риска и показателями почечной функции у пациентов ОКС.

В исследование было включено 323 пациента ОКС, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУ РО РОКБ. Из них мужчин – 217 человек (67,2%), женщин – 106 человек (32,8%), средний возраст обследованных больных – 59,6±9,2 лет, при этом средний возраст мужчин – 58,4±0,6 лет, женщин – 62,2±0,8 лет. Всем пациентам в динамике проводили регистрацию ЭКГ в покое, Холтеровское мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, ультразвуковое исследование почек, коронарографию (КАГ) для оценки степени поражения коронарных сосудов, селективную ангиографию почечных сосудов, стандартные биохимические исследования. Критериями исключения из исследования были пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями почек и печени. В исследование было включено 323 пациента с ОКС, из них 217 (67,1%) мужчин, 106 (32,9%) – женщины. Статистический анализ данных проводили с помощью программ Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corp., США) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Анализ полученного фактического материала показал, что поражение ПА, по результатам селективной ангиографии, было верифицировано у 80 больных с ОКС (24,8%). При этом одностороннее поражение встречалось у 47 пациентов (58,8%), двустороннее – у 33 пациентов (41,2%). При анализе средних значений количественных признаков было показано, что в группе больных со стенозом ПА превалировали пациенты старше 60 лет (63,3±7,9 и 58,4±9,5, $p < 0,001$), был выше возраст дебюта ОИМ в анамнезе (58,4±8,3 и 54,4±9,4, $p = 0,035$) и стенокардии (59,0±9,4 и 55,4±8,9, соответственно, $p = 0,006$). Отмечена статистически значимая разница между уровнями САД и ДАД среди пациентов, имеющих атеросклеротическое поражение ПА и пациентов без поражения. В ходе исследования установлено, что у больных со стенозом были выше значения креатинина крови, мочевины как до, так и после КАГ. СКФ, рассчитанная по формуле Кокрофта-Голта, была ниже в группе пациентов с атеросклеротическим поражением и составила 62,8±16,4 мл/мин/1,73м², в то время, как у больных без поражения – 74,6±18,4 мл/мин/1,73м², $p < 0,001$, СКФ, рассчитанная по формуле СКD-EPI, была ниже в группе пациентов со стенозом как до, так и после КАГ. Согласно полученным нами данным, дислипидемия верифицирована у 100% больных, СД-2 типа встречался у каждого 4 пациента с поражением ПА, курение наблюдалось у 30% обследованных. Таким образом, нами была продемонстрирована высокая распространенность у больных с атеросклеротическим поражением ПА таких ФР, как дислипидемия, нарушение углеводного обмена, курение. Установлено, что наличие атеросклеротического поражения ПА оказывало неблагоприятное влияние на функцию почек, приводя к снижению СКФ и развитию почечной дисфункции.

Все вышеперечисленное соответствует утвердившейся концепции о «традиционных» ФР развития дисфункции почек, которые одновременно являются и сердечно-сосудистыми.

Психоземotionalное состояние больных нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда на фоне госпитальной реабилитации и после выписки из стационара

Коробова В.Н., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться самой распространенной причиной инвалидизации и смертности населения в

России и за рубежом. Одним из важных этиологических факторов является стресс. В этой связи мы решили изучить психоземotionalное состояние больных острым коронарным синдромом (ОКС) во время реабилитации. Цель: исследование динамики психоземotionalного состояния больных нестабильной стенокардией (НС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне госпитальной и амбулаторной реабилитации.

Материалы и методы. Исследование включало 197 больных (137 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 40 до 65 лет (57±6,2), поступающих в отделение неотложной кардиологии с диагнозом ОКС, с исходом в НС у 86 больных и ОИМ у 111 больных. На 3, 8, 14 сутки пребывания больных в стационаре и через 6 и 12 месяцев после выписки было проведено тестирование по методам Спилберга-Ханина и САН.

Результаты и их обсуждение. Результаты тестирования Спилберга-Ханина показали, что низкий уровень ситуативной и личностной тревожности был у 12-16% больных НС и 6-14% больных ОИМ на протяжении всего исследования. У больных НС превалирует высокий уровень ситуативной тревожности на 3 и 8 сут. – у 55 и 49% больных соответственно, средний уровень на 14 сут. и через 6 и 12 мес. – у 48-59% больных. Личностная тревожность у больных НС во время госпитальной реабилитации имела у большинства больных высокий уровень (45-58%), а через 6 и 12 мес. – средний (50-51%). Больные ОИМ в период госпитальной реабилитации имели схожие показатели ситуативной и личностной тревожности: высокий уровень у 62-68% больных. При исследовании через 6 и 12 мес. личностная тревожность осталась на высоком уровне у 50%, а ситуативная – через 6 мес. равномерно разделилась на высокий и средний уровень (по 47% больных), через 12 мес. – 50% больных имели средний уровень. Таким образом, можно заметить, что больные уровень ситуативной и личностной тревожности у больных НС и ОИМ на фоне госпитальной реабилитации высокий, а через 6 и 12 мес. снижается, причём у больных НС с более выраженной динамикой, чем у больных ОИМ. Результаты опросника САН показал, что на 3 и 8 сут. госпитальной реабилитации разницы между исходом ОКС в НС или ОИМ и показателями самочувствия, активности и настроения – нет: у большинства больных 66-78% обеих групп они неблагоприятны. Однако через 6 и 12 мес. у 58-69% больных НС самочувствие, активность, настроение становятся благоприятными, а у больных ОИМ самочувствие остаётся неблагоприятным у 51-59%, но активность и настроение стали благоприятными у 52-58%.

Выводы. Психоземotionalное состояние у большинства больных ОКС во время госпитальной реабилитации было снижено и не имело динамики не зависимости от исхода ОКС в НС или ОИМ. В период постгоспитальной реабилитации больные, перенесшие ОКС с исходом в НС, имели более благоприятные изменения в психоземotionalном статусе, чем больные ОКС с исходом в ОИМ.

Эргорефлекс у больных хронической обструктивной болезнью легких

Косяков А.В., Абросимов В.Н.

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

Клинически значимым симптомом хронической обструктивной болезни легких является дисфункция скелетной мускулатуры, проявляющаяся мышечной слабостью и повышением утомляемости. С прогрессированием заболевания усиливается дисфункция мускулатуры вплоть до атрофии мышечных волокон, нарушаются процессы кровоснабжения, появляется кислородное голодание, происходит превалирование анаэробных метаболических процессов над аэробными. Объективными проявлениями

этих процессов являются ограничение в физической активности, ухудшение качества жизни пациентов ХОБЛ. Физическая нагрузка и усиление влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы неразрывно связаны. Изменение минутного объема сердца, сужение периферической сосудистой сети, усиление потребности в кислороде работающими мышцами обусловлены не только влияниями моторных структур головного мозга, но и в результате влияния рефлекторных механизмов, инициированных изменениями в мышечной ткани. Рефлекс, вызванный механическими и метаболическими изменениями в рабочей мышце, получил название эргорефлекса.

Целью работы является изучение эргорефлекса и внедрение внешней периферической сосудистой окклюзии как диагностического теста для оценки функционального статуса пациентов ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 45 пациентов мужского пола, из них 23 человека с ХОБЛ, средний возраст составил 65,48±7,12 лет, и 22 здоровых добровольца, средний возраст составил 57,33±5,14 лет. Эргорефлекс оценивали с помощью аппаратного комплекса «варикард». Проводили 3-кратную регистрацию кардиоинтервалограммы: первая запись – исходный фон, в течение 5 минут в положении лежа в состоянии расслабленного бодрствования до наложения манжет на бедра нижних конечностей. Запись проводили также во время раздувания воздухом манжет, наложенных на бедра нижних конечностей (3 мин.) и сразу после (5 мин.) – период восстановления. Следуя рекомендациям Европейского общества кардиологов, проводили временной и частотный анализ записей R-R интервалов. Полученные результаты подвергали статистическому анализу, используя пакет прикладных статистических программ Excel 2010 и Statistica 10.

Результаты и обсуждение. При оценке суммарного эффекта вегетативной регуляции кровообращения (SDNN, мс) было зарегистрировано снижение показателей с 67,62±8,57 мс до 53,14±5,60 мс у пациентов страдающих ХОБЛ. В группе сравнения получен аналогичный результат: снижение показателей с 40±6,53 мс до 28,67± 4,61 мс. Эти изменения, можно трактовать усилением симпатической регуляции, подавляющей активность автономного контура регуляции. Достоверные отличия наблюдались между пациентами из первой группы и группы сравнения по показателям: rMSSD, rNNS50% и HF, отражающих состояние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. У пациентов страдающих ХОБЛ значения rMSSD и rNNS50% достоверно превалировали во время записи исходного фона кардиоинтервалограммы по сравнению с группой контроля 72,48± 8,59 мс против 22± 7,80 мс и 16,16± 4,64 % против 3,93± 5,53 % соответственно. Аналогичные данные получены при статистической обработке значений мощности высокочастотной составляющей спектра «дыхательные волны» HF. 3465,18± 80,87 мс2 в группе пациентов с ХОБЛ против 258,87± 15,45 мс2 группы сравнения. Следовательно, можно судить о более высоком уровне активации парасимпатической ВНС у больных ХОБЛ. При исследовании активации эргорефлекса показатели достоверно снижались в обеих группах пациентов: RMSSD с 72,48±8,59 мс до 66,95±7,77 мс в первой группе пациентов и с 22±7,80 мс до 17,33±2,29 мс в группе сравнения. Показатели мощности высокочастотной составляющей спектра (HF) имели аналогичную тенденцию: с 3465,18± 80,87 мс2 снижались до 2900,88± 60,40 мс2 в группе пациентов с ХОБЛ и с 258,87± 15,45 мс2 снижались до 171,66± 5,27 мс2 в группе сравнения.

Таким образом, оценка показателей эргорефлекса с помощью метода внешней периферической сосудистой окклюзии позволяет оценить функциональный статус пациентов. Внешняя периферическая сосудистая окклюзия, целью которой является торможение активации эргорефлекса с нижних конечностей, приводит к уменьшению активности парасимпатического и активации симпатического звена вегетативной регуляции.

Новая шкала для прогнозирования осложнений у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии промежуточного риска

Кочмарева Е.А., Кокорин В.А., Волкова А.Л., Русина В.А., Гордеев И.Г.

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

Введение. Несмотря на внедрение в клиническую практику стандартизированного алгоритма ведения пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), летальность среди пациентов промежуточного риска остается достаточно высокой. По мнению ряда авторов, ни одна из существующих прогностических моделей не может достаточно точно идентифицировать группу промежуточно-высокого риска и быть основой для принятия терапевтических решений. Таким образом, разработка эффективной модели для прогнозирования осложнений среди гемодинамически стабильных пациентов с ТЭЛА является актуальной научно-практической задачей.

Идея. Разработка новой модели для идентификации пациентов с ТЭЛА промежуточно-высокого риска.

Цель. Оценить предсказательную значимость различных факторов риска осложнений ТЭЛА и создать на их основе прогностическую модель для прогнозирования неблагоприятного исхода среди пациентов промежуточного риска.

Материал и методы. В исследование проспективно включено 136 гемодинамически стабильных пациентов с подтвержденной ТЭЛА высокого (с гипотензией и/или обструктивным шоком) и промежуточного (с признаками дисфункции правого желудочка (ДПЖ) и/или отвечающие критериям III-V класса PESI) риска. Конечными точками являлись: обструктивный шок, фатальный рецидив, летальный исход, потребность в реанимационных мероприятиях, гемодинамической поддержке, неотложном тромболитике за период 30 дней. Пациенты были распределены на группы осложненного (n=44) и неосложненного (n=92) течения. В группах были оценены прогностическая значимость клинических, анамнестических, лабораторно-инструментальных параметров.

Результаты. Предикторами неблагоприятного течения ТЭЛА являлись: наличие хронической сердечной недостаточности (p=0,02, относительный риск (ОР) 1,8, доверительный интервал (ДИ) 95% 1,1-2,9, чувствительность (Se) 50%, специфичность (Sp) 71%), сахарного диабета 2 типа (СД) (p=0,00001, ОР 3,2, ДИ 95% 2,1-5 Se 48%, Sp 90%), фибрилляции предсердий (p=0,001, ОР 2,2, ДИ 95% 1,4-3,5, Se 39%, Sp 86%), постоянного фактора риска венозной тромбоэмболии (p=0,002, ОР 2,5, ДИ 95% 1,3-4,6, Se 77%, Sp 51%), синкопе (p=0,02, ОР 1,9, ДИ 95% 1,1-3, Se 39%, Sp 80%), сердечный белок, связывающий жирные кислоты (сБСЖК) >10 нг/мл (p=0,00001, ОР 4,6, ДИ 95% 2,1-10,1, Se 86%, Sp 55%), тропонин I >0,2 нг/мл (p=0,02, ОР 1,9, ДИ 95% 1,1-3,5, Se 68%, Sp 55%), частота сердечных сокращений (ЧСС) ≥110 уд/мин (p=0,002, ОР 2,3, ДИ 95% 1,3-3,8, Se 50%, Sp 77%), систолическое артериальное давление (САД) ≤100 мм рт.ст. (p=0,00001, ОР 4,2, ДИ 95% 2,6-6,7, Se 55%, Sp 91%), клиренс креатинина ≤70 мл/мин (p=0,0008, ОР 2,9, ДИ 95% 2,6-6,7, Se 55%, Sp 91%). Методом мультивариантной логистической регрессии отобрана комбинация признаков с наиболее высокой прогностической значимостью, включающая ЧСС≥110 уд/мин, САД ≤100 мм рт.ст., положительный тест на сБСЖК и наличие СД. На основании коэффициентов логистической регрессии разработана шкала ROcky (Risk Of Complications): ЧСС≥110 уд/мин (1,5 балла), САД ≤100 мм рт.ст. (2,5 балла), положительный тест на сБСЖК (2 балла), СД (2,5 балла). Определено пороговое значение для прогнозирования комбинированной

конечной точки $\geq 2,5$ (Se 84%, Sp 75%), обструктивного шока $\geq 3,5$ (Se 83%, Sp 83%) и летального исхода в течение 30 дней $\geq 4,5$ (Se 79%, Sp 82%). В исследуемой популяции гемодинамически стабильных больных ($n=107$) у пациентов с выявленным сочетанием $\geq 2,5$ баллов по шкале ROCky и ЭХОКГ-признаков ДПЖ (группа «промежуточно-высокого риска», $n=35$) выявлено достоверно большее количество случаев обструктивного шока (9 (26%) и 2 (3%), $p=0,0006$), фатального рецидива (6 (17%) и 1 (1%), $p=0,005$), летального исхода (11 (32%) и 4 (6%), $p=0,0006$), общего количества осложнений (19 (54%) и 5 (7%), $p=0,00001$), чем у пациентов группы «промежуточно-низкого» риска ($n=72$). По результатам проведенного ROC-анализа площадь под ROC-кривой шкалы ROCky в отношении комбинированной конечной точки составила 0,87 (ОР 7,8 ДИ 95 % 3,2-19,2 Se 79%, Sp 81%).

Обсуждение. Сочетание $\geq 2,5$ баллов по шкале ROCky с наличием ЭХО-признаков ДПЖ является предиктором жизнеугрожающих осложнений у пациентов с ТЭЛА промежуточного риска и может быть рекомендовано для дальнейшего изучения в проспективных исследованиях в качестве критерия идентификации пациентов промежуточно-высокого риска. Одобрение локального этического комитета 15.12.2014.

Оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции учащейся молодежи

Кулёва А.А., Веселковский В.А., Кулешов Б.А., Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение, идея. В России и большинстве стран мира ведущей причиной инвалидизации и смертности населения являются кардиоваскулярные заболевания, значимый вклад в развитие которых вносят факторы риска. Актуальным является изучение распространённости факторов кардиоваскулярного риска среди лиц молодого возраста.

Цель. Провести оценку распространённости основных факторов риска кардиоваскулярных заболеваний среди учащихся медицинского колледжа при Южно-Уральском государственном медицинском университете (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Проведено обследование 276 студентов медицинского колледжа ЮУГМУ (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%), средний возраст – $19,7 \pm 2,5$ лет. Анкетные данные включали пол, возраст, средний балл успеваемости. Оценка курения, употребления алкоголя, уровня физической активности проводилась по опроснику CINDI (1996), статуса питания – согласно 12 принципам рационального питания по ВОЗ. Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$) с оценкой по рекомендациям ВОЗ (2000). Измерение артериального давления и оценку наличия артериальной гипертензии (АГ) проводили согласно российским рекомендациям по диагностике и лечению АГ (2010). Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Для оценки достоверности различий использовался тест №2. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди учащихся колледжа ЮУГМУ распространённость активного курения составила 18,5%, пассивного курения – 56,9%. Алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев употребляли 70,9% опрошенных, при этом распространённость употребления алкоголя в малых дозах составила 26,4%, избыточного употребления алкоголя – 4,3%. Выявлена высокая распространённость низкой физической активности (55,1%) и нерационального питания (83,6%).

Установлено, что распространённость избыточного употребления соли составила 62,3%, недостаточного употребления овощей и фруктов – 62,9%, избыточного употребления сахара – 32,0%. Дефицит массы тела был выявлен у 9,4% респондентов, предожирение – у 8,7%, абдоминальное ожирение у – 8,7%, АГ – у 4,4%. Распространённость тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%), депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Выявлено, что среди женщин в сравнении с мужчинами выше распространённость низкой физической активности (58,3% и 36,6% соотв., $p < 0,05$) и ниже частота встречаемости курения (15,7% и 34,1% соотв., $p < 0,05$). Установлена прямая средняя корреляционная связь между индексом массы тела и окружностью талии ($r=0,66$, $p < 0,0001$), а также между индексом пачка/лет и количеством чистого этанола, употребляемым в день ($r=0,561$, $p=0,007$).

Выводы. 1. В популяции учащихся медицинского колледжа выявлена высокая распространённость пассивного курения (56,9%), употребления алкоголя (70,9%), низкой физической активности (55,1%), нерационального питания (83,6%), тревоги (37,7%). 2. Установлены корреляционные связи между абдоминальным ожирением и индексом массы тела, а также между индексом пачка/лет и количеством чистого этанола, употребляемым в сутки.

Оценка коморбидности у больных острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа

Лебедева О.К., Кухарчик Г.А., Сорокин Л.А.

Городская больница Святой преподобной мученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

Введение: сахарный диабет 2 типа (СД2Т) ассоциирован с коморбидностью, главным образом, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и почечной недостаточности. У пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) наличие СД2Т связано с осложненным течением заболевания, худшим краткосрочным и долгосрочным прогнозом.

Идея: у пациентов с ИМ при наличии СД2Т имеется более тяжелая коморбидная патология, которая ассоциирована с более частым развитием осложнений ИМ в этой группе больных.

Цель исследования: оценить тяжесть коморбидной патологии у пациентов с ИМ и СД2Т и её влияние на клиническое течение ИМ.

Материалы и методы исследования: было включено 59 пациентов, госпитализированных с диагнозом ИМ в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в 2017 году. Из них: 37 пациентов с СД2Т (1 группа), и 22 – без СД2Т (2 группа). У всех больных оценивали клинические данные, результаты стандартных лабораторных и инструментальных исследований. В 1-ые сутки ИМ выполняли диагностическую коронароангиографию и оценивали поражение коронарных артерий по шкале SYNTAX. Для оценки степени коморбидности подсчитывали индекс коморбидности Чарлсон (ИКЧ). Статистический анализ проведен с помощью пакета STATISTICA 10.0. Используются непараметрические методы статистического анализа. Результаты: пациенты обеих групп были сопоставимы по полу. Больные в 1 группе были старше, чем во 2 группе (78,5 (69,5;81) vs 64 (63;64) лет, $p=0,004$). Инфаркт миокарда в анамнезе чаще встречался у пациентов 1 группы, чем у больных 2 группы (15 (40,5%) vs 3 (13,6%), $p=0,06$). Также пациенты не отличались по частоте коронарных вмешательств в анамнезе ($p=0,24$). В обеих группах при госпитализации одинаково часто регистрировали подъем сегмента ST электрокардиограммы (ЭКГ) ($p=0,76$). У 26 (70,2%) пациентов из 1 группы и у 16 (72,7%) больных из 2 группы развился Q-ИМ ($p=1,0005$). ИМ передне-боковой локализации развился у

17 (46,0%) больных из 1 группы и 10 (45,5%) пациентов 2 группы ($p=1,0005$). У пациентов с СД2Т и без СД2Т содержание высокочувствительного тропонина Т не различалось (1694 (656; 3454) vs 2154 (635,5; 4854,0) пг/мл, $p=0,54$), уровень С-реактивного белка был выше в группе СД2Т (5,2 (2,5;21,3) vs 3,0 (1,4; 4,2)мг/л, $p=0,04$). В 1 и 2 группах не различались содержание общего холестерина (4,5 (3,85; 5,8); 5,4 (4,2; 5,9) ммоль/л, $p=0,15$), ЛПВП (0,95 (0,8; 1,09) vs 0,77 (0,66;1,05) ммоль/л, $p=0,49$). Уровень триглицеридов был выше в группе СД2Т (1,89 (1,46; 2,42) vs 1,45 (1,26; 1,7) ммоль/л, $p=0,03$). У пациентов с СД2Т уровень гликированного гемоглобина достигал целевых значений в 58% случаев. Несмотря на одинаковую частоту многососудистого поражения коронарных артерий (62% больных 1 группы и 54% больных 2 группы, $p=0,90$), средний балл по шкале SYNTAX был выше при сочетании ИМ и СД2Т, чем во 2 группе (22,9 vs 15,8; $p=0,04$). Также в 1 группе осложнения ИМ (нарушения сердечного ритма, острая сердечная недостаточность, рецидив ИМ, инсульт) развивались чаще, чем во 2 группе (18 случаев (48,6%) vs 4 случая (18,2%); $p=0,039$). Коморбидность у пациентов 1 группы была существенно выше: ИКЧ в 1 группе составил 8(6;9), во 2 группе – 4(4;5), $p=0,000$. В связи с тем, что группы исходно различались по наличию СД2Т и возрасту пациентов, была повторно проведена оценка частоты встречаемости другой коморбидной патологии без учета данных показателей. Количество баллов было выше у пациентов с СД2Т (3 (2;4) vs 3 (2;3), $p=0,04$).

Выводы и обсуждение: у пациентов с ИМ и СД2Т чаще выявлялись тяжелое поражение коронарных артерий, более выраженная системная воспалительная реакция, высокая коморбидность и осложненное течение ИМ. Как известно, СД2Т ведет к хронической активации системного воспаления, клеточных инфламмасом, повышению содержания провоспалительных цитокинов. По всей видимости, хроническая воспалительная реакция является связующим звеном в патогенезе коморбидной патологии. ИМ, развивающийся в этих условиях, характеризуется большей частотой развития осложнений.

Оценка адаптационных физиологических изменений сердечно-сосудистой системы человека при длительном непрерывном пребывании в гипоксической газовой среде

Любимов А.В., Безкишкий Э.Н., Иванов А.О., Шахнович П.Г., Черкашин Д.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Ассоциация разработчиков и производителей мониторинга, Санкт-Петербург

Введение: одной из центральных проблем медицины, в подавляющем большинстве клинических случаев, рассматриваемой в качестве основы патологических процессов и критических состояний, является кислородная недостаточность – гипоксия. В настоящее время в эпоху стремительного технического прогресса, освоения подводного и орбитального пространств гипоксия вошла в сферу интересов профессионалов немедицинских специальностей: моряков, водолазов, лётчиков, космонавтов и др. На современном этапе развития науки о гипоксии значительно расширились знания не только о патогенезе гипоксических состояний, возможностях их профилактики и коррекции, но и использовании умеренной нормобарической гипоксии с профилактической и лечебной целями. Известно, что у здоровых людей 45-суточное пребывание в условиях гипербарической нормоксии (под повышенным давлением до 0,15

МПа, парциальное давление кислорода – 21 кПа) вызывает снижение систолического, диастолического и среднего давления в легочной артерии, уменьшение УО и ФВ левого желудочка, которые не выходят за границы физиологической нормы и характерны для стадии устойчивой адаптации на воздействие искусственной газовой среды.

Цель исследования: оценка адаптационных физиологических изменений сердечно-сосудистой системы при длительном непрерывном пребывании в гипоксической газовой среде; поиск доказательства безвредности длительного воздействия нормобарической гипоксии (12-19% об. О₂) на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы человека. По тематике проведённого исследования опубликован ряд обзоров в периодических медицинских изданиях РИНЦ и изданиях, рекомендуемых ВАК.

Материалы и методы: шесть добровольцев находились в герметичном жилком стенде непрерывно в течение 100 суток в условиях нормобарической гипоксии. Добровольцы находились под 24-часовым медицинским наблюдением. Ежедневно осуществлялся контроль биологических жидкостей: общий и биохимический анализы крови (анализатор Olympus AU5800), исследование свёртывающей системы крови (анализатор Sysmex CA1500), гормонов крови (анализатор Architect i2000, анализатор Access/UniCel DxI, анализатор Liaison XL, анализатор Access2, анализатор KRYPTOR compact PLUS, автоматический анализатор для иммуногематологических исследований «Галилео Эхо» (Galileo Echo), США), общий и биохимический анализ мочи. Контроль текущего физиологического состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) проводился в режиме реального времени с помощью индивидуальных пульсметров-тонометров (A&D Medical, Япония). Состояние СССР оценивалось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока («ЛАКК-М», НПП «ЛАЗМА», Россия), ультразвукового анализатора капиллярного кровотока («Мини-Макс», Россия), эхокардиографа (Samsung Medison Co., Корея), системы суточного мониторинга ЭКГ «Валента» (ООО «Компания Нео», Россия).

Результаты исследования:

1. Длительное пребывание в автономном герметичном стенде в условиях гипоксической газовой смеси не влияет на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.
2. По результатам эхокардиографии за время наблюдения динамических изменений со стороны структур сердца не выявлено: нарушений локальной и глобальной сократимости миокарда не выявлено, изменений клапанного аппарата не наблюдалось, изменения давления в лёгочной артерии не регистрировалось, нарушений диастолической функции миокарда не выявлено, скоростные характеристики основных потоков существенно не менялись.
3. По результатам Холтеровского мониторинга наблюдалось незначительное изменение циркадного индекса, связанное с адаптацией к регламентированному расписанию жизнедеятельности, регистрировались не имеющие клинического значения единичные случаи одиночных желудочковых экстрасистол.
4. Анализ микроциркуляторного русла с помощью системы ЛАК-М и Мини-Макс показал сохранение основного показателя микроциркуляции в течение всего срока пребывания в герметичном отсеке.

Закключение: 1. Длительное пребывание в герметичном автономном отсеке с использованием дыхательной гипоксической газовой смеси не влияет на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. 2. Искусственно вызванное состояние подпороговой экзогенной нормобарической гипоксической гипоксии не вызывает клинически значимых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. 3. Изучение отдалённых последствий длительного пребывания в гипоксической газовой среде позволит определить скорость адаптации сердечно-сосудистой системы человека в нормоксической среде.

Пиелонефрит в диабетологии – особенности функционального состояния почек

Медведева Е.В.

Тульский государственный университет, Тула

Введение. По мнению многих клиницистов, часто встречающимся заболеванием мочевыводящей системы при сахарном диабете (СД) является пиелонефрит. Наличие СД повышает вероятность возникновения пиелонефрита в 20-30 раз, а бессимптомная бактериурия выявляется у каждого 5-ого больного СД. В патогенез пиелонефрита при СД включается: глюкозурия (глюкоза как благоприятная питательная среда для бактериальной инфекции), снижение антибактериальной активности мочи, нарушение функции нейтрофилов, повышение адгезии бактерий к эпителию мочевыводящих путей, неврогенная дисфункция мочевого пузыря. Цель исследования. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов с хроническим пиелонефритом при наличии СД.

Материал и методы исследования. Было изучено 200 историй болезни с основным диагнозом «Сахарный диабет 1(2) типа» с сопутствующим «Хронический пиелонефрит»; в исследование вошли пациенты в возрасте от 19 до 69 лет (110 женщин, 90 мужчин). Всем больным выполнены: общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови (определение креатинина), рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) – СКФ CKD-EPI; проведено ультразвуковое исследование почек (УЗИ почек), посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам (выполнялся больным с истинной бактериурией). Статистическая обработка материалов выполнена с помощью программы Excel Microsoft 8.0. Результаты представлены в процентах. Критерии исключения из исследования: диабетическая нефропатия со стойкой протеинурией, онкологические заболевания в настоящее время или в анамнезе, психические заболевания в настоящее время или в анамнезе.

Результаты исследования. В результате проявленного анализа выявлено: - в общем анализе крови у 59 пациентов (29,5%) выявлена анемия легкой степени тяжести (уровень гемоглобина крови 90-119 г/л); - лейкоцитоз не был выявлен ни у одного из пациентов; - в общем анализе мочи выявлена истинная бактериурия (более 100 000 микробных тел в 1 мл мочи) у подавляющего числа пациентов – 189 человек (94,5%) – этиологический фактор у большинства больных – *Escherichia coli* – при биохимическом исследовании крови содержание креатинина в пределах нормы (60-111 мкмоль/л) выявлено у 120 пациентов (60%). У 3 пациентов (1,5%) уровень креатинина крови превышал 132 мкмоль/л; -СКФ CKD-EPI выше 90 мл/мин/1,73 м² выявлена у 74 пациентов (37%), в пределах 60-89 мл/мин/1,73 м² – 101 пациент (50,5%), в пределах 45-59 мл/мин/1,73 м² – 19 пациентов (9,5%), в пределах 30-44 мл/мин/1,73 м² и 15-29 мл/мин/1,73 м² – по 3 пациента (по 1,5%). При УЗИ почек выявлены следующие изменения: увеличение объема почечного синуса 112 пациентов (56%), уменьшение толщины паренхимы почки – у 99 пациентов (49,5%), уменьшение линейных размеров и объема – у 93 пациентов (46,5%).

Вывод. По результатам проведенного исследования можно говорить о необходимости скрининга больных СД на наличие пиелонефрита, а при установлении факта его наличия – регулярное диспансерное наблюдение, поскольку, как было установлено в исследовании, у больных СД преобладают бессимптомные и малосимптомные формы хронического пиелонефрита, при которых, однако, выявляются стойкие изменения функциональной активности почек (снижение СКФ CKD-EPI, анемия легкой степени). Также необходимо помнить о том, что только в условиях хорошего метаболического контроля СД возможны успешное лечение и профилактика мочевой инфекции и, в частности, пиелонефрита.

Цистатин С и нефро-церебральный риск

Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, НИИ молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии им. академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) – одна из чрезвычайных проблем клинической медицины [Мухин Н.А. и др., 2017]. На сегодня распространенность ХБП приобретает характер «тихой пандемии» из-за фактического роста заболеваемости артериальной гипертензией [Чазова И.Е. и др., 2016], метаболическим синдромом, сахарным диабетом (СД) [Дедов И.И. и др., 2016] и хроническими гломерулонефритами (ХГН). В связи с трудностями в диагностировании нефропатии, распознавание ХБП на начальной стадии заболевания все еще остается предметом интенсивного изучения у исследователей и клиницистов. Наибольшее значение среди лабораторных маркеров поражения почек приобретает цистатин С – белок с низкой молекулярной массой, ингибитор протеаз. Цистатин С характеризуется свободной фильтрацией клубочками, не подвергается секреции в канальцах. Исходя из этого, оценка уровня цистатина С у лиц с высоким нефро-церебральным риском представляет определенный интерес, так как нарушение функции почек, начиная с субклинических стадий, является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от них. Профилактика и торможение нефро-церебральных расстройств на додиализных стадиях ХБП становится весьма актуальным с целью предупреждения неблагоприятных осложнений в будущем.

Настоящее исследование предпринято с целью определения взаимосвязи цистатина С с параметрами артериальной жесткости у пациентов с почечной дисфункцией.

Пациенты и методы. Всего в одномоментном исследовании приняли участие 93 пациента (41 мужчина и 52 женщины, средний возраст 50,9±14,6 лет). Среди общего числа пациентов у 14 (15%) был установлен ХГН, у 16 (17%) хронический пиелонефрит, у 40 (43%) гипертоническая болезнь, у 7 (7,5%) СД 2-го типа, у 2 (2,1%) подагрическая нефропатия и у 14 (15%) коронарная болезнь сердца. Критериями включения в исследование были согласие пациента и наличие заболевания, приводящее к развитию почечной дисфункции, а исключения – онкологические заболевания, беременность и терминальная стадия ХБП. Всем пациентам было выполнено исследование артериальной жесткости с помощью неинвазивного прибора «АнгиоСкан - 01» (Россия). Оценивались такие показатели, как частота пульса; индексы жесткости (SI) и отражения (RI); индекс аугментации (Aix); индекс аугментации, приведенный к частоте пульса в 75 ударов в минуту (Aix75); возраст сосудистой системы (VA); центральное систолическое артериальное давление (АД) (Spa); продолжительность систолы (ED); длительность пульсовой волны (PD) и продолжительность систолы в процентах (%ED). У всех пациентов определяли содержание цистатина С иммунотурбидиметрическим методом. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивали с помощью расчетного метода по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Formula).

Результаты. Мы проанализировали взаимосвязь цистатина С с клинико-лабораторными показателями и параметрами артериальной жесткости. При корреляционном анализе среди всех обследованных пациентов была получена значимая прямая взаимосвязь между концентрацией цистатина С, с одной стороны, и уровнем центрального АД ($r=0,378$;

$p=0,000$) и систолического АД ($r=0,374$; $p=0,000$) – с другой. Отрицательная корреляционная связь уровня цистатина С была обнаружена с содержанием гемоглобина ($r=-0,515$; $p=0,000$), гематокрита ($r=-0,523$; $p=0,000$) и кальция ($r=-0,508$; $p=0,000$) плазмы крови. Между показателями СКФ и АИх прослеживалась положительная взаимосвязь, тогда как ВА была отрицательно связана с величиной СКФ ($r=-0,392$; $p<0,047$).

Заключение. Определение цистатина С плазмы крови может быть использовано в качестве интегрального параметра в оценке нефро-церебрального риска у пациентов, страдающих почечной дисфункцией.

Влияние остро повреждения почек на смертельные исходы больных с инфарктом миокарда

Николаева М.А., Арюхова А.Н., Каган Л.А., Ильина А.С.

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород*

Введение. Традиционно инфаркт миокарда (ИМ) – это развитие очага некроза сердечной мышцы в результате продолжительной ишемии. Гибель больных с ИМ по данным рандомизированных исследований в странах Европы и США составляет до 8%, в России – до 15,5% (С.Ю. Марцевич, 2014). Нарушение функции почек встречается у 30-40% пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и 70% больных с кардиогенным шоком (В.С. Моисеев, 2014). Острый ИМ является одной из причин развития острого почечного повреждения (ОПП) [KDIGO, 2012 г]. ОПП ведет к более тяжелому течению острого ИМ, увеличивает риск смертности таких больных и повышает затраты на лечение (М.В. Мензоров, А.М. Шутов, 2012).

Идея: для снижения летальности при ИМ необходимо дальнейшее изучение факторов риска. Одним из них является ОПП.

Цель работы: оценить влияние ОПП на смертельные исходы у больных с ИМ.

Материалы и методы. Было проанализировано 95 историй болезни лиц, умерших от острого ИМ за 2015 год, поступивших в региональный сосудистый центр №2 Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Выделяли вариант ИМ (с подъемом сегмента ST (Q-ИМ) было 84 случая и без подъема сегмента ST (неQ-ИМ) – 11). Оценивали наличие повреждения почек по морфологическим критериям при аутопсии. Учитывали досуточную летальность. Всего погибло за первые сутки ИМ 56 (59%). Определяли средний возраст и гендерный состав умерших. Так, женщин было 48, мужчин – 47. Средний возраст больных ($n=95$) составил $72,8\pm 10,3$ [41; 95]. Исследовали сопутствующую патологию. Анализ проводили с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. За истекший период было зарегистрировано 768 случаев острого ИМ. Из них с подъемом сегмента ST – 456 и без подъема сегмента ST – 312. ИМ со смертельным исходом было 95, что составило 12,4% летальности. Аутопсии проведены в 84 случаях (88,4%). По данным аутопсий у 37 чел. (38,9%) констатированы морфологические признаки повреждения почек. Среди умерших от ИМ с признаками почечного повреждения было 20 (54%) женщин и 17 (46%) мужчин. Средний возраст по группе ($n=37$) составил $72,9\pm 10,3$ [52;90]. Мужчины были моложе – $69,3\pm 10,9$ [52;87] лет, чем женщины – $76\pm 8,9$ [55;90] ($p<0,01$). При анализе признаков повреждения почек ориентировались на морфологические признаки. У больных, умерших от ИМ, были зарегистрированы некроз эпителия извитых канальцев почек в 97,3% (36 чел.), тотальный кортикальный некроз почек – 2,7% (1 чел.). Среди умерших больных с морфологическими признаками ОПП в первые сутки погибло 27 человек

(73%). Большой процент досуточной летальности был обусловлен тяжелой патологией. Среди причин их гибели были неустраняемые (обширные острые и повторные ИМ (91,9% – ОКС с подъемом ST); пожилой и старческий возраст (75,7% – старше 65 лет). Коморбидная патология представлялась как гипертоническая болезнь у 86,5% пациентов, у 37,8% лиц регистрировался сахарный диабет. Кроме того, у 27,0% была энцефалопатия различного генеза; у 13,5% – анемия различной степени тяжести; у 13,5% – хроническая болезнь почек разных стадий с признаками хронической почечной недостаточности в 8,4%. Также по 5,4% случаев приходилось на такие патологии, как аденома предстательной железы, хроническую обструктивную болезнь легких, ожирение третьей степени, гипотиреоз, хронический гастрит. У погибших от ИМ с признаками почечного повреждения встречались такие осложнения, как острая левожелудочковая недостаточность и кардиогенный шок (83,8%), разрыв миокарда разных локализаций (13,5%), фибрилляция желудочков (2,7%). Обсуждение. Проведенное исследование свидетельствует о том, что ОПП вносит вклад в летальность при остром ИМ. Так, морфологическое повреждение почек при летальных исходах острого ИМ регистрировалось до 38,9% больных. Предпосылками к этому являлось наличие тяжелой коморбидной патологии, пожилой и старческий возраст. Это также прослеживалось при наличии исходной хронической болезни почек. Это состояние было более характерно для женщин. Но мужчины, погибшие от ИМ при ОПП, были значительно моложе. Морфологическими признаками повреждения почек у больных с острым ИМ являлся некроз эпителия извитых канальцев в 97,3%.

Значение ремоделирования миокарда левого желудочка в изменении регуляции пейсмекерной активности синусового узла сердца у пациентов с сахарным диабетом

Нуждина Е.В., Давыдова Е.В.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинская областная клиническая больница, Челябинск*

Введение. Нарушения углеводного обмена и прежде всего сахарный диабет (СД) являются важными факторами риска структурных изменений левого желудочка (ЛЖ) (Бондарь И. А., 2014, 2011). Структурные изменения ЛЖ при СД объясняются влиянием ряда гемодинамических, метаболических, наследственных факторов, однако, вопрос о роли автономных кардиальных нарушений в прогрессировании ССЗ остается открытым (Rydén L., et al., 2013; Spallone V., et al., 2013, 2011).

Идея. Обосновать взаимосвязь ЭхоКГ признаков ремоделирования ЛЖ и данных variability сердечного ритма (BCP), свидетельствующих об автономных дисрегуляциях синусового узла сердца (СУС) у изучаемых больных.

Цель. Изучить морфофункциональные показатели геометрии ЛЖ с помощью ЭхоКГ и оценить взаимосвязи между показателями ремоделирования ЛЖ и выраженностью дисрегуляций СУ у пациентов с СД. Материалы и методы. Включено 310 пациентов с СД с формированием двух групп: с нормальной геометрией ЛЖ (НГЛЖ, $n=146$) и с ремоделированием миокарда ЛЖ (РМЛЖ, $n=164$), из них концентрическая гипертрофия ЛЖ у 77; концентрическое ремоделирование ЛЖ у 25; эксцентрическая гипертрофия ЛЖ у 62. Критерии исключения: острые и хронические заболелания органов соматической сферы в активной фазе, беременность, прием в день обследования лекарственных препаратов. Выполнялось ЭхоКГ исследование по стандартной методике на аппаратах «VIVID» 4 и 7 с оценкой индексов и типов ремоделирования согласно

рекомендациям ВНОК, 2012. Анализ ВСП методом высокоразрешающей ритмокардиографии (ПКГ) на КАП-ПК-01-«Микор» (рег. уд. №ФС-02262005/2447-06). Оценивались показатели ВСП: общая вариабельность SDNN(c), амплитуда дыхательной аритмии ARA(c), среднеквадратические отклонения гуморально-метаболических – bl(c), симпатических -bm(c), парасимпатических -bs(c) волн и их процентные соотношения (VLF, LF, HF, %), реактивность в пробах модифицированной Вальсальвы (Vm), Ашнера (Pa), активной ортостатической (Aop) и с физической нагрузкой (PWC120). Статистическая обработка непараметрическими методами с использованием критерия Манна-Уитни, корреляция по Спирмену в STATISTICA 6, данные представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 процентилей.

Результаты. Пациенты с РМЛЖ имели значимо больший возраст – 55,0 [49,0;60] vs 40,5 [26,0;52,0] лет, большее количество сопутствующей патологии – 8 [6;10] vs 4 [3;7], большую длительность СД – 10,0 [4;16] vs 7 [3;11] лет, более поздний возраст его начала – 46,0 [34;52] vs 33 [18;43] лет, ИМТ соответствовал ОжирениюI – 30,2 [26,5;34,6] vs 26,5 [22,5;30,8], $p < 0,001$. Сравнительный анализ ВСП у пациентов с НГЛЖ ($n=146$) и РМЛЖ ($n=164$), соответственно: SDNN(c)-0,023 [0,016; 0,032]; 0,017 [0,012; 0,024], $p < 0,001$; ARA(c)-0,026 [0,015; 0,047]; 0,020 [0,013; 0,028], $p < 0,001$; $\sigma l(c)$ -0,015 [0,011; 0,021]; 0,012 [0,008; 0,017], $p < 0,001$; $\sigma m(c)$ -0,09 [0,006; 0,015]; 0,006 [0,004; 0,010], $p < 0,001$; $\sigma s(c)$ - 0,011 [0,007; 0,019]; 0,008 [0,005; 0,012], $p < 0,001$. Полученные данные свидетельствуют о большем снижении ВСП-показателей трёх видов волн в группе с РМЛЖ в сравнении с пациентами с НГЛЖ. Спектральный анализ показал еще более выраженное перераспределение долей регулирующих факторов в пользу гуморально-метаболического влияния в группе с РМЛЖ (VLF=53,7 [40,0; 69,2]) по сравнению с НГЛЖ (VLF=50,3 [38,0; 64,1]) и максимальное уменьшение доли симпатического влияния в СУ при РМЛЖ (LF=13,6 [8,5; 21,1] против LF=17,6 [10,5; 27,0]; $p < 0,05$). При сравнении ПКГ показателей в пробах Vm, Pa, Aop, PWC120 в группе РМЛЖ в сравнении с НГЛЖ статистически значимо ($p < 0,05$) снижалась величина реакции на стимул и возрастало время ее достижения. Корреляционный анализ выявил статистически значимую отрицательную связь умеренной и слабой силы (R 0,20-0,5; $p < 0,05$) между показателями ремоделирования ЛЖ (ИММ, ОТС ЛЖ, тип ремоделирования) и ПКГ-показателями: σm и LF% в Ph; σm , LF%, $\Delta RRR\%$ в Vm; SDNN, σl , σm в Pa; σm , LF%, $\Delta RRR\%$ в Aop.

Обсуждение. Выявлено, что при увеличении индексированных значений массы миокарда отмечалось уменьшение симпато-парасимпатических влияний на сердечный ритм. Более измененным ЭХО-КГ показателям соответствовали более низкие показатели ВСП. В группе СД с нарушенной геометрией ЛЖ выявлены более выраженные дисрегуляции СУ в сравнении с таковыми у пациентов с нормальной геометрией ЛЖ. Т.о., выявленные с помощью ПКГ автономные дисрегуляции СУС являются функциональным маркером наличия ремоделирования сердца при СД. Данное исследование одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО ЮГУМУ (выписка из протокола №11 от 09.11.2013).

Феномен генетического прогнозирования в родословной пациентов с HNF1A (MODY 3) диабетом

Овсянникова А.К., Рымар О.Д., Шахтштейндер Е.В., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии
и профилактической медицины, Новосибирск

С развитием методов молекулярно-генетического исследования всё чаще выявляется феномен генетического ожидания при разных

эндокринопатиях, но при таких заболеваниях, как аутоиммунный тиреозит, он описан многими учёными, тогда как при более редких нозологиях (MODY диабет) имеются лишь предположения о его существовании.

Целью исследовательской работы было определить наличие феномена генетического прогнозирования в семье пробанда с подтверждённой мутацией в гене HNF1A (MODY 3 диабет).

Материалы и методы исследования. Диагноз HNF1A-MODY верифицирован у пробанда и его родственников на основании прямого автоматического секвенирования и секвенирования по Сэнгеру генов, мутации в которых приводят к развитию MODY 1-13 диабета. Всем пациентам проведен клинический осмотр, биохимический анализ крови, определение HbA1c, С-пептида, тиреоидного статуса, МАУ, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов на экстракраниальном уровне.

Результаты. Пробанд – женщина 50 лет, в возрасте 21 лет во время беременности диагностирован гестационный сахарный диабет (СД), назначена инсулинотерапия в базис-болюсном режиме. После родов отменена инсулинотерапия, пациентка соблюдала строгую диету. В 28 лет на фоне стресса наступила декомпенсация углеводного обмена: гликемия натощак более 8 ммоль/л, постпрандиальная гликемия более 11 ммоль/л, глюкозурия, назначена инсулинотерапия в базис-болюсном режиме, которая сохраняется по настоящий момент. Определены непролиферативная диабетическая ретинопатия, периферическая нейропатия, дислипидемия. Антитела к островковым клеткам и глутаматдекарбоксилазе были отрицательными, С-пептид был незначительно снижен. Сахарный диабет был у прадеда с 70 лет, бабушки с 57 лет, матери пробанда с 45 лет, у сына – с 21 года. У пробанда, матери и сына пробанда определена дислипидемия с повышением холестерина липопротеинов низкой плотности, у бабушки и прадедушки – макрососудистые осложнения (острое нарушение мозгового кровообращения) в позднем возрасте. Учитывая особенности течения заболевания (семейная агрегация СД, дислипидемии и макрососудистых осложнений, повышение глюкозы крови на фоне нормальной массы тела, более раннее начало заболевания в каждом последующем поколении, использование небольших доз инсулина, сохраннный уровень С-пептида, отсутствие антиостровковых антител), высказано предположение о наличии HNF1A-MODY. По данным молекулярно-генетического исследования выявлена ранее не описанная мутация в 1 экзоне гена HNF1A CTGAGC/ACAGCT у пробанда, её матери и сына. Идентичная мутация выявлена у внучки пробанда в возрасте 2 месяцев. Таким образом, диабет верифицирован в пяти поколениях, в трёх из которых определена патогенная мутация гена HNF1A и в каждом последующем заболевании начиналось раньше, чем в предыдущем.

Выводы. 1. Родословная HNF1A MODY демонстрирует феномен генетического прогнозирования, т. е. постепенное снижение возраста диагноза в последующих поколениях, вероятно, из-за повышения осведомленности, ведущей к более раннему тестированию уровня глюкозы. 2. Определено снижение возраста развития дислипидемии у пациентов с мутацией в гене HNF1A, что может являться взаимосвязанными характеристиками и требует дальнейшего изучения. Представленный случай демонстрирует особенности клинического течения СД, связанного с мутацией гена HNF1A (подтип MODY3). Персонализированный подход к диагностике и лечению особенно важен при выявлении неклассического течения СД у лиц молодого возраста с отягощённым семейным анамнезом по наличию гипергликемии. Информация о соответствии исследовательской работы нормам локального этического комитета: Проведённое исследование соответствует нормам GCP. Протокол исследования и информированный листок пациентов для участия в исследовании рассмотрен и одобрен в Этическом Комитете

«НИИТПМ», протокол №2 от 11.02.2014. Информация о финансировании: Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ в рамках научного проекта №14-15-00496-П.

Инфаркт миокарда в молодом возрасте

Панфилов Ю.А., Рудакова М.Н.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Введение. Известно, что заболеваемость инфарктом прогрессивно возрастает по мере постарения населения, достигая максимальных цифр в возрасте от 60 лет. Соотношение женщин и мужчин среди заболевших составляет от 1:2 до 1:6. Первые случаи развития острого инфаркта миокарда у мужчин почти повсеместно встречаются в возрасте 20-29 лет, а у женщин, как правило, на 10-15 лет позднее.

Идея. Изучить показатели, характеризующие течение инфаркта миокарда у больных разного возраста.

Цель: выявить особенности течения инфаркта миокарда в молодом возрасте.

Материал и методы. Проведен анализ 100 историй болезни пациентов в возрасте от 30 до 88 лет с Q(+) и Q(-) инфарктом миокарда, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУ РО ОКБ в 2015-2017 годах. Пациенты были разделены на следующие группы (от молодого до старческого возраста): 1) до 45 лет (22 человека); 2) 45-59 (23); 3) 60-74 (33); 4) 75 и старше (22).

Результаты: Доля мужчин составила для молодого, среднего и пожилого возраста соответственно 86%-87%-82%. В старческом возрасте всего 32%. В каждой из выделенных групп Q(+) инфаркт миокарда встречался чаще, чем Q(-). Его частота по группам (от молодого к старческому) составила 71%-85%-89%-80%. У всех женщин молодого возраста, включенных в исследование, развился Q(-) инфаркт. Однако в других возрастных группах процент Q(+) инфаркта у женщин был значительно выше, чем Q(-). У мужчин во всех возрастных группах была выше частота Q(+) инфаркта миокарда. Доля курильщиков уменьшалась с возрастом (64% в молодом возрасте, 52% в среднем, 30% в пожилом и 0% в старческом). В пожилом (81%) и старческом (73%) возрасте гиперхолестеринемия выявлялась более часто, чем в молодом и среднем (62 и 61% соответственно). Частота повторных инфарктов миокарда увеличивалась с возрастом (5-13-15-32%). В молодом, среднем и старческом возрасте наиболее часто встречался инфаркт миокарда передней локализации (41, 57 и 50% соответственно). Во всех возрастных группах наиболее частым сопутствующим заболеванием была гипертоническая болезнь. Второе место по частоте встречаемости занимает сахарный диабет 2 типа (у молодых 14%, у пожилых 24%, в старческом возрасте 36%). Исключение составили пациенты среднего возраста. У них чаще сахарного диабета 2 типа (он отмечался лишь в 4% случаев) встречались ЦВБ (13%), ПИКС (13%) и язвенная болезнь (13%). У пациентов всех возрастных групп гипертоническая болезнь в анамнезе отмечалась гораздо чаще (77-87-97-100%), чем ИБС (14-18-52-47%). Доля пациентов, у которых на момент поступления в отделение отмечался подъем сегмента ST на ЭКГ, составляла: в старческом возрасте, как и у молодых, 59%; в среднем – 74%, в пожилом – 73. Наиболее часто таким больным тромболизис проводился в молодом возрасте (76%). Частота проведения коронароангиографии составила: в молодом возрасте – 54%, в среднем – 39%, в пожилом – 45%. Во всех группах преобладали пациенты, коронароангиография у которых закончилась проведением стентирования. Однако частота данного вмешательства (в % от числа выполненных коронароангиографий) была различной: 83% в молодом,

78% в среднем, 100% и в пожилом, и в старческом возрасте. Отсутствие пораженных коронарных артерий отмечалось лишь у молодых пациентов (17%). Частота развития осложнений увеличивалась с возрастом (14%-13%-24%-36%). Единственным осложнением, встречавшимся у пациентов молодого возраста, включенных в данное исследование, было развитие аневризмы левого желудочка (14%).

Обсуждение: 1. В группе пациентов молодого возраста курение, гиперхолестеринемия, повышение АД в анамнезе встречается в более чем 60% случаев. В 86% случаев (чаще, чем в других возрастных группах) инфаркт миокарда у молодых стал первым проявлением ИБС. 2. У женщин молодого возраста чаще встречается Q(-) инфаркт миокарда. У мужчин во всех возрастных группах выше частота Q(+) инфаркта миокарда. 3. С увеличением возраста возрастает число сопутствующей патологии, количество повторных инфарктов миокарда, и частота осложнений. 4. Частота госпитализаций в сроки после 12 часов от начала заболевания наиболее велика у пациентов старческого и молодого возраста. 5. В молодом возрасте доля пациентов с проведенными коронароангиографией и тромболизисом среди тех, у кого при поступлении на ЭКГ отмечался подъем сегмента ST, гораздо выше, чем в других возрастных группах. 6. В молодом возрасте гораздо чаще, чем в других возрастных группах, инфаркт развивается при отсутствии патологических изменений в коронарных артериях.

Взаимосвязь нарушений эндотелийзависимой вазодилатации и особенностей психологического статуса у больных с микрососудистой стенокардией

Петрова В.Б., Болдуева С.А.

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

Введение. Пациенты с микрососудистой стенокардией (МСС) отличаются выраженной вариабельностью болевого синдрома и измененным психологическим статусом.

Цель исследования: оценить взаимосвязь результатов психологического исследования и микроваскулярной коронарной дисфункции у пациентов с МСС.

Материалы и методы. Критерии включения в группу с МСС (49 больных): боли в грудной клетке, положительный стресс-тест с физической нагрузкой, неизменные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии, наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холодовом тесте. ПЭТ миокарда с диагностическими пробами выполнялось на аппарате Ecst-Exact-47, Siemens. Оценка характера болевого синдрома проводилась с помощью 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). При оценке психологического состояния использовались психометрические методы: шкала депрессии Бека, шкала реактивной и личностной тревоги Спилбергера-Ханина, личностный опросник Айзенка.

Результаты. По данным ПЭТ в среднем у пациентов с МСС отмечался достаточный прирост суммарного миокардиального кровотока (МК) при пробе с аденозином (МК в покое 108,3±34,1 мл/мин/г; МК при пробе с аденозином 323,1±98,3 мл/мин/г) и нормальные значения резерва эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) (3,38±0,62). При выполнении холодового теста у всех 49 больных с МСС выявлены признаки нарушения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в виде отсутствия должного прироста МК диффузной гетерогенности

распределения радиофармпрепарата в миокарде. Так, в среднем у пациентов с МСС при проведении холодовой пробы имела отрицательная тенденция прироста МК ($\Delta\%$): МК в покое $102,4 \pm 32,4$ мл/мин/г; МК при ХП $91,7 \pm 38,2$ мл/мин/г; $\Delta\%$: $2,7 \pm 25,1$. Интенсивность боли при обычных приступах у пациентов с МСС по данным ВАШ ($5,51 \pm 0,2$) в большинстве случаев имела умеренный характер и ни у одного из обследуемых не достигала максимально возможных значений. По данным теста Спилбергер-Ханина в среднем при МСС определялся высокий уровень реактивной тревожности (РТ) ($46,2 \pm 1,4$ баллов) и высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) ($49,6 \pm 1,5$ баллов). Высокий уровень РТ отмечен у половины (53,1%) обследованных больных с КСХ, средний уровень – у 44,9% больных основной группы, низкий только у одного пациента. Высокий уровень ЛТ отмечен у большинства обследованных (67,3%) больных с МСС, средний уровень – у 28,6% больных основной группы, низкий только у двух пациентов. При анализе уровня депрессии у больных с применением опросника Бека у большинства пациентов с МСС (77,6%) депрессия отсутствовала ($5,9 \pm 0,6$ баллов по шкале Бека), у 11 (22,4%) из 49 пациентов был выявлена легкая степень депрессии. По данным опросника Айзенка у пациентов с МСС в целом отмечается высокий и средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) – $13,9 \pm 0,7$ баллов, среди пациентов с МСС преобладают интроверты (в 55,6% случаев). Комбинация интроверсии и нейротизма, которая наиболее часто встречается в группе МСС, предполагает у индивидуума тенденцию проявлять в поведении беспокойство, пессимизм и замкнутость. У больных с МСС показатели интенсивности болевого синдрома имели значимую взаимосвязь с реактивной тревожностью ($r=0,5$; $p<0,01$ и $r=0,3$; $p<0,05$ соответственно) и в большей степени – с личностной тревожностью ($r=0,6$; $p<0,01$ и $r=0,4$; $p<0,01$ соответственно). Следует отметить, что тревожные нарушения, как личностные ($r=-0,5$; $p<0,05$), так и реактивные ($r=-0,4$; $p<0,05$), а также уровень интроверсии ($r=-0,56$; $p<0,05$) и нейротизма ($r=-0,37$; $p<0,05$), у больных с МСС имели значимые обратные связи с показателями холодовой пробы (MBF cold) по данным ПЭТ, характеризующими микроваскулярные расстройства, а именно – резерв ЭЗВД. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ тоже имела обратную корреляционную связь с микроваскулярными нарушениями, а именно с показателями коронарного резерва ЭЗВД в области правой коронарной артерии ($r=-0,44$; $p<0,05$) и левой огибающей коронарной артерии ($r=-0,36$; $p<0,05$).

Выводы. Для больных с МСС характерны высокие уровни интроверсии и эмоциональной нестабильности, высокий уровень тревожности, как реактивной, так и личностной, при малой степени выраженности депрессии по данным психологического тестирования. Таким образом, можно предположить, что психологические факторы (а именно – тревожные расстройства) определенным образом взаимосвязаны с микроваскулярными нарушениями.

Эффективность реабилитации с включением аэробных физических нагрузок у больных ревматоидным артритом

Полтырева Е.С., Мясоедова С.Е.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – инвалидизирующее заболевание с высоким кардиоваскулярным риском. Эффективность комплексной реабилитации больных РА с включением аэробных нагрузок мало изучена. Идея. Комплекс медицинской реабилитации, включающий гимнастику

для суставов и аэробные нагрузки, благоприятно сказывается на течении РА и состоянии сердечно-сосудистой системы (ССС).

Цель. Оценить влияние комплексной реабилитации больных РА с включением аэробных физических нагрузок на динамику суставного процесса, уровни артериального давления (АД) и показатели variability ритма сердца (BPC).

Материалы и методы. На базе клиники ИвГМА в отделении реабилитации пациентов соматическими заболеваниями проведено комплексное обследование 36 пациентов с достоверным РА, включая 34 женщины и 2 мужчин (средний возраст $62,42 \pm 11,17$ лет). Средняя продолжительность болезни составила $9,73 \pm 9,54$ лет. Серопозитивным РА страдал 21 пациент (58,33%). Преобладали II (50%) и III (22,2%) рентгенологические стадии РА и II функциональный класс (ФК) заболевания (47,2%). Все пациенты получали базисные противовоспалительные препараты, большинство (80,56%) принимали метотрексат. Из сопутствующей патологии преобладала гипертоническая болезнь у 20 пациентов, осложнённая сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) у 17 из них (ИБС постинфарктный кардиосклероз, цереброваскулярные заболевания, атеросклероз сонных артерий). У пациентов с РА без ССЗ риск SCORE составлял от 0,06 до 4,25%, т.е. был низким у 9 и умеренным у 10 пациентов. Реабилитационные мероприятия включали: комплекс лечебной физкультуры (№4, 5 по Аронову Д.М.), гимнастику для суставов и упражнения для мелкой моторики кистей по методике НИИ ревматологии им В.А. Насоновой, массаж верхних и нижних конечностей, аэробные тренировки (занятия на кардиотренажерах), физиотерапию (магнитотерапия, лазеротерапия). Обследование больных проводилось при поступлении и через 12 дней после реабилитационных мероприятий. В динамике оценивали индекс DAS28, выраженность боли и состояние здоровья пациентов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), число болезненных суставов, силу сжатия кистей, дистанцию по тесту 6-минутной ходьбы (ТШХ), уровень С-реактивного белка (СРБ) и ревматоидного фактора (РФ). Качество жизни оценивали по опроснику EuroQol-5D, усталость – по шкале Facit-F. В динамике проводился суточный мониторинг артериального давления (СМАД), спектральный анализ BPC на аппарате ООО «Нейрософт». Результаты обрабатывались с помощью пакета программ Statistica 6.0. При нормальном распределении достоверность различий между группами оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. При отклонении от нормального распределения использовался критерий Вилкоксона. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Индекс DAS28 снизился с $3,87 \pm 1,1$ до $3,46 \pm 0,99$ ($p=0,000$) за счет уменьшения выраженности боли по ВАШ ($p=0,02$) и числа болезненных суставов ($p=0,03$). Увеличилась сила в обеих руках ($p=0,03$ справа и $p=0,04$ слева). Увеличилась дистанция по ТШХ ($p=0,000$). Улучшилось качество жизни по шкале EuroQol 5D ($p=0,000$) и по шкале FacitF ($p=0,03$). Достоверного снижения СОЭ, РФ, СРБ не выявлено. По результатам СМАД больные разделены на 4 группы: 1 – ($n=12$)-пациенты с систолическим АД (САД) >135 мм рт.ст. в дневные часы, 2 – ($n=10$)-пациенты с диастолическим АД (ДАД) >85 мм рт.ст. в дневные часы, 3 – ($n=20$)-пациенты с САД >120 мм рт.ст. в ночные часы, 4 – ($n=18$)-пациенты с ДАД >70 мм рт.ст. в ночные часы. Во 2 и 4 группах наблюдалось снижение ДАД соответственно ($p=0,01$, $p=0,000$), в 3 группе – снижение САД ($p=0,000$). При анализе результатов BPC пациенты разделены на 4 группы (критерием сравнения служила медиана): 1 – лица с изначально высокой симпатической активностью (LF), 2 – с высокой парасимпатической активностью (HF), 3 – с изначально низкими значениями LF, 4 – с изначально низкими значениями HF. Отмечено увеличение активности симпатической и парасимпатической активности у пациентов 3 и 4 групп ($p=0,02$ и $p=0,003$ соответственно). Обсуждение. Реабилитация больных РА с включением аэробных нагрузок благоприятно влияет на активность заболевания и состояние сердечно-

сосудистой системы. Уменьшается выраженность боли, повышается мышечная сила рук, дистанция ходьбы, улучшается качество жизни пациентов. Снижаются показатели САД и ДАД по данным СМАД, особенно в ночные часы. Увеличивается активность симпатической и парасимпатической нервной системы у пациентов с изначально низкими спектральными характеристиками ВРС.

Частота выявления и характеристика амилоидных отложений в миокарде у пациентов с хронической сердечной недостаточностью старческого возраста и долгожителей

Полякова А.А., Семернин Е.Н., Ситникова М.Ю., Авагян К.Л., Грозов Р.В., Пыко С.А., Крутиков А.Н., Давыдова В.Г., Хмельницкая К.А., Шавловский М.М., Коржевский Д.Э., Гудкова А.Я.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет им. В.И. Ульянова, Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

Введение. Прижизненная диагностика транстретинового амилоидоза «дикого» типа (ATTR wt) практически отсутствует. При этом АТТР wt является недооцененной причиной заболеваемости и смертности, особенно в старшей возрастной группе.

Цель. Изучить частоту выявления, демографические показатели и морфо-функциональные особенности старческого амилоидоза у пациентов с ХСН I-IV ФК и гипертрофией левого желудочка ≥ 15 мм по результатам аутопсий. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ посмертных заключений пациентов отделения кардиологического профиля (n=141) с ведущим синдромом ХСН. Возраст составил ≥ 69 лет, мужчин – 19%, женщин – 81%. Все фиксированные формалином парафиновые блоки окрашивали красителем Конго красным и просматривали в поляризованном свете. Также проведен иммуногистохимический анализ с применением антител к AA-амилоиду, транстретину, каппа- и ламбда-легким цепям.

Результаты. Отложения амилоида выявлены в старческом возрасте и у долгожителей, средний возраст составил $91,25 \pm 9,67$ лет, преимущественно у женщин в связи с более низкой продолжительностью жизни мужчин. При ХСН различного функционального класса, ассоциирующейся с ГЛЖ по данным аутопсии, амилоидные отложения встречаются практически у каждого четвертого умершего (в 21% случаев). Количество амилоидных отложений в миокарде в основном было небольшим (56% наблюдений имели отложения амилоида - (+) и 27% - (++)), значительное количество амилоида выявлено в 17% случаев (+++ - 7% и ++++ - 10%). Наличие амилоидных отложений не влияло достоверно на такие показатели гипертрофии миокарда, как толщина МЖП, ЗС ЛЖ, и масса сердца. В представленных нами случаях наблюдается типичное для старческого амилоидоза очаговое отложение амилоида в миокарде, при этом в 97% случаев амилоид располагается в интерстиции вокруг кардиомиоцитов, и в 3% случаев исключительно вокруг сосудов.

Заключение. АТТР wt выявлен у каждого четвертого пациента в когорте пациентов старческого возраста и долгожителей, преимущественно у женщин (83%), и не был диагностирован при жизни. Характерными морфологическими проявлениями АТТР wt являются очаговые отложения амилоида, преимущественно в интерстиции миокарда.

Сравнительная оценка эффекта комбинации лозартана и аторвастатина/розувастатина на метаболизм мочевой кислоты у больных мужчин среднего возраста с метаболическим синдромом и бессимптомной гиперурикемией

Помогайбо Б.В.

413 военный госпиталь Министерства обороны Российской Федерации, Волгоград

Клиническое значение повышения содержания мочевой кислоты в крови (гиперурикемия) обусловлено ее ассоциацией не только с развитием подагры, но и с компонентами метаболического синдрома и атеросклерозом. В то же время возможности коррекции гиперурикемии при ее субклиническом течении остаются ограниченными и основанными преимущественно на исключительных свойствах отдельных препаратов, способных влиять на сокращение избыточной продукции уратов при активации пуринового обмена или на компенсацию недостаточности ресурса биологического выведения уратов. В условиях метаболического синдрома применение лозартана позволяет осуществить коррекцию уровня мочевой кислоты до 10%, фенофибрат – до 30%. Также среди плейотропных эффектов аторвастатина и розувастатина в отдельных исследованиях показана способность снижать исходно повышенный уровень мочевой кислоты крови на 7%, в то же время прямого их сравнения не проводилось. **Цель исследования:** изучить влияние приема комбинации лозартана и аторвастатина/розувастатина на исходно умеренно повышенный уровень мочевой кислоты у мужчин среднего возраста с метаболическим синдромом при наблюдении в течение 8 недель.

Материал и методы: при проведении ежегодного углубленного медицинского обследования группы практически здоровых мужчин было отобрано 187 мужчин среднего возраста (39 лет), имевших бессимптомное сочетание умеренной гиперхолестеринемии (уровень общего холестерина 5,0-7,5 ммоль/л) и гиперурикемии (уровень мочевой кислоты 0,36-0,72 ммоль/л). Всем пациентам выполнялось комплексное обследование, включавшее общеклинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиографию, эхокардиографию, ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий, ультразвуковое исследование и рентгенографию суставов стоп, оценку сердечно-сосудистого риска, амбулаторное измерение артериального давления. В рандомизацию были включены 112 пациентов с алиментарным ожирением, артериальной гипертензией и гиперурикемией, не имевших клинических признаков и диагностических критериев подагры, согласившихся на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы на три группы: первой группе пациентов был назначен ежедневный прием 50 мг лозартана и 20 мг аторвастатина, второй группе пациентов назначен ежедневный прием 50 мг лозартана и 10 мг розувастатина, контрольной группе – ежедневный прием ежедневный прием 50 мг лозартана и плацебо. Всем пациентам проводилась коррекция факторов кардиоваскулярного риска (малопуриновая диета, ограничение курения, регулярная физическая активность, контроль артериальной гипертензии) с учетом имеющихся клинических данных. Через 8 недель осуществлялся контроль липидной панели, АСЛ, АЛТ, креатинина, мочевины и мочевой кислоты.

Результаты исследования: в нашем исследовании снижение гиперурикемии на фоне проведенного 8-недельного лечения было статистически значимым ($p < 0,05$) во всех трех группах пациентов, при этом снижение уровня общего холестерина было статистически значимым в группе лозартан+аторвастатин ($p < 0,05$) и лозартан+розувастатин ($p < 0,05$), а имело характер тенденции ($p = 0,12$) в группе лозартан+плацебо. Дополнительное определение клиренса мочевой кислоты и установление

типа нарушений метаболизма мочевой кислоты позволило установить следующие взаимосвязи: лозартан статистически значимо ($p < 0,05$) снижал гиперурикемию на 12% при метаболическом типе нарушений метаболизма мочевой кислоты, на 19% – при почечном и на 11% – при смешанном. Прием как аторвастатина, так и розувастатина ассоциировался с дополнительным статистически значимым снижением гиперурикемии при метаболическом и смешанном типе нарушений метаболизма мочевой кислоты, при почечном – получен результат, сопоставимый с плацебо. Вывод: при выявлении бессимптомной гиперурикемии у больного метаболическим синдромом без целесообразно проводить оценку типа нарушений пуринового обмена. Для метаболического и смешанного типа нарушений пуринового обмена у мужчин среднего возраста с метаболическим синдромом комбинация антигипертензивного препарата лозартана и аторвастатина/розувастатина является предпочтительной.

Оценка приверженности к лечению больных бронхиальной астмой в зависимости от тяжести течения заболевания

Разживина И.А., Березина Н.А., Вахламов В.А.

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегород*

Введение: бронхиальная астма (БА) — одно из распространенных заболеваний бронхолегочной системы с неблагоприятным прогнозом (ежегодно в мире умирают около 2 млн человек (Чучалин А.Г. 2012; Цой А.Н., Архипов В.В., 2007)). Успех лечения данной патологии зависит, прежде всего, от соблюдения пациентом рекомендаций врача по применению базисной терапии (приему ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС)).

Идея: цель лечения больных с БА – достижение и поддержание оптимального контроля заболевания. Это позволяет улучшить качество жизни пациента и его прогноз. Контроль БА зависит не только от точности постановки диагноза и правильности подбора лечения, но и от того, насколько пациент ответственно выполняет предписания врача. Приверженность к лечению (ПЛ) определяется поведением пациента (прием лекарственных препаратов и модификация образа жизни) в соответствии с рекомендациями врача. Уровень приверженности больных БА к базисной терапии в мире невысок и колеблется в пределах 30-70% (L. Williams, 2006 г., V.Bender, 1997 г.).

Цель: оценить приверженность к лечению больных бронхиальной астмой в Нижегородской области в зависимости от тяжести течения заболевания. Материалы и методы: проведено анкетирование 52 больных с бронхиальной астмой (31 пациент, проходивший лечение в клинической больнице № 10 г. Нижнего Новгорода, и 21 пациент – в Шатковской и Городецкой ЦРБ), средний возраст составил $60,2 \pm 12,1$ лет. Оценивались сопутствующая патология, приверженность к терапии, основные сложности, возникающие при лечении БА. Все больные были разделены на 2 группы: приверженные и неприверженные к лечению (25 и 27 человек, соответственно), сопоставимые по полу. Приверженными к лечению считали пациентов, которые на 80% и более выполняли рекомендации врачей по применению базисной терапии БА. Подсчет данных проводился с помощью медицинской статистики: использовались параметрические и непараметрические методы. Данные сравнивались по средним стандартным отклонениям, коэффициенту Стьюдента, числу p . Данные считались достоверными, если $p < 0,05$.

Результаты: среди обследуемых пациентов преобладали лица, не приверженные к базисной терапии БА, что составило 52%. Возраст

пациентов, приверженных к терапии, был достоверно больше ($64,72 \pm 8,63$ лет) по сравнению с неприверженными ($55,61 \pm 18,65$ лет) ($p = 0,007$). Приверженность к терапии была выше у пациентов с более тяжелым течением БА (ОФВ1: $38,08 \pm 13,91\%$ и $57,73 \pm 23,01\%$, соответственно в группах ($p = 0,013$); ФЖЕЛ: $47,85 \pm 12,9\%$ и $68,69 \pm 14,04\%$, соответственно в группах ($p = 0,011$). Частота приступов БА более 1 раза в день у приверженных к лечению пациентов была существенно выше (52% по сравнению с 48% ($\chi^2 = 4,15$, $p = 0,042$)). Частота госпитализаций в год у обеих групп опрошенных была $1[0;2]$ ($p = 0,658$). Только 4% всех больных регулярно пользовались пикфлоуметром для контроля бронхиальной проходимости. Основной причиной невыполнения врачебных рекомендаций больными БА являлось отсутствие уверенности в необходимости постоянной базисной терапии. В группе неприверженных к терапии данная причина указывалась пациентами достоверно чаще (52% по сравнению с 25% ($p = 0,045$)). Обсуждения: только 48% больных бронхиальной астмой привержены к назначенному врачом базисному лечению; лишь отдельные больные проводят самоконтроль состояния бронхиальной проходимости с помощью пикфлоуметра. Наиболее приверженны к терапии и самоконтролю пациенты старших возрастных групп с тяжелым течением астмы и частыми обострениями. Наиболее частой причиной неприверженности к лечению является отсутствие уверенности в его необходимости, что свидетельствует о недостаточной информированности пациентов о заболевании и возможностях улучшения прогноза и качества жизни. Для оптимизации лечения необходима организация школ для больных бронхиальной астмой.

Оценка качества жизни пациентов с хронической болезнью почек, получающих заместительную почечную терапию

Уткина Е.И., Шумакова В.А., Урусова Е.В.

*Ивановская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, Иваново*

Введение. Признаки повреждения почек или значимое снижение скорости клубочковой фильтрации выявляются у каждого десятого в популяции. Рост распространенности хронической болезни почек (ХБП) обусловлен вовлечением их в патологический процесс при ряде соматических заболеваний, чаще всего при гипертонической болезни и сахарном диабете. Успехи в спасении жизни пациентов с ХБП в последние годы достигнуты путем медикаментозной коррекции, диализными технологиями и увеличением числа успешных операций по трансплантации почки. При этом важно не только продлить жизнь пациенту, но и обеспечить её высокое качество. Анализ качества жизни (КЖ) позволяет оценить удовлетворенность пациента своей жизнью в ситуации болезни и выявить наиболее проблемные сферы. Наряду с контролем соматических показателей, мониторинг КЖ – один из критериев эффективности лечения.

Цель исследования – провести сравнительный анализ КЖ пациентов с ХБП, получающих различные виды заместительной почечной терапии. Задачи исследования. Проанализировать физическую и психосоциальную составляющие КЖ у пациентов с ХБП относительно показателей у лиц без патологии почек. Выявить ведущие проблемные и значимые аспекты КЖ больных ХБП. Оценить влияние различных видов заместительной терапии ХБП на КЖ пациентов.

Материалы и методы. Было обследовано 73 пациента с ХБП, из которых 29 больных с ХБП 4-5 стадии находились на этапе консервативной додиализной терапии, 27 человек с ХБП 5 стадии получали лечение

программным гемодиализом, 17 человек с ХБП 5 стадии являлись реципиентами почечного трансплантата. Группу контроля составили 29 практически здоровых лиц. Для оценки связанного со здоровьем КЖ использовалась русскоязычная версия методики SF-36 Health Status Survey. Результаты были представлены в виде шкал и оценивались в баллах от 0 до 100. В ходе исследования выяснилось, что показатели по шкалам опросника SF-36 у здоровых лиц выше, чем в каждой группе респондентов с ХБП.

Результаты по шкалам физической составляющей качества жизни у всех пациентов с ХБП достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Наиболее значимо снижен показатель физического функционирования (Physical Functioning – PF), отражающий способность к выполнению физических нагрузок. Физическое состояние значительно ограничивает повседневную деятельность пациентов с ХБП, о чем свидетельствует снижение показателя Role-Physical Functioning (RP). Минимальная оценка по данной шкале выявлена у пациентов на программном гемодиализе (ПГД), незначительно выше результат у реципиентов почечного трансплантата (РПТ). Показатель общего состояния здоровья (General Health – GH) и суммарный индекс физического здоровья (Physical health – PH) у всех респондентов с ХБП также значимо отличаются от контрольных значений. При этом прослеживается тенденция к уменьшению баллов по обеим шкалам у диализных больных с ХБП при переходе их на ПГД. Однако самый низкий результат по GH получен у РПТ. Нами выявлено значимое ухудшение и психосоциальной составляющей КЖ у больных ХБП как на додиализном этапе, так и при лечении ПГД. В то же время, у РПТ показатели по всем шкалам, за исключением ролевой эмоциональной шкалы, достоверно не отличались от группы контроля. Оценка пациентами с ХБП на додиализном этапе и на ПГД социального функционирования (Social Functioning – SF) и жизненной активности (Vitality – VT) достоверно ниже, чем здоровыми лицами. Причем отмечается ухудшение показателей при переходе с консервативной терапии ХБП на гемодиализ. Показатель психического здоровья (Mental Health – MH) у больных тех же групп также значимо снижен по сравнению со здоровыми лицами.

Выводы. Для всех пациентов с ХБП характерно снижение КЖ по сравнению с контрольной группой. Для больных ХБП 4 стадии, получающих консервативную терапию на додиализном этапе, и для пациентов на ПГД характерно значительное снижение физического и психосоциального компонентов КЖ. Наиболее низкие показатели КЖ характерны для пациентов на ПГД. В основе этого – неполное устранение осложнений терминальной почечной недостаточности программным гемодиализом, истощение моральных сил на фоне ограничения свободы передвижения, необходимости соблюдать диету, контролировать потребление жидкости. У РПТ наблюдается снижение физической составляющей КЖ, а психосоциальная сфера не изменена. Она поддерживается, вероятно, за счет механизмов психологической защиты, базирующихся на чувстве перспективы и расширении границ возможностей в связи с проведенной органозамещающей операцией.

Особенности состояния почек у пациентов со спондилоартритами на фоне различных режимов противовоспалительной терапии

Хондарьян Э.В., Гайдукова И.З., Апаркина А.В., Ребров А.П.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Саратов

Согласно данным ряда авторов, пациенты со спондилоартритами (SpA) имеют более высокий риск развития хронической болезни почек (ХБП),

являющейся следствием непрерывного воспаления и/или длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Однако, в силу особенностей и тяжести течения заболевания, часть пациентов вынуждена принимать в различных режимах глюкокортикоиды (ГК), воздействие которых на состояние почек при одновременном приеме с НПВП недостаточно изучено.

Идея – применение ГК в различных режимах у пациентов со SpA, принимающих НПВП, может предупреждать или замедлять почечное повреждение.

Цель исследования – изучить состояние почек у пациентов со SpA на фоне различных режимов противовоспалительной терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 200 пациентов со спондилоартритами (средний возраст 40 [31,0; 49,7] лет), 129 (64,5%) мужчин, продолжительность заболевания – 12 [6; 21] лет). Длительность приема НПВП составила 1,0 [0,5; 1,0] год, индекс приема НПВП за год (индекс Дугадоса) – 50,0 [3,84; 100,0] %. Пациенты разделены на группы: первая группа (44 пациента) – пероральный прием ГК в дозе 5-20 мг/сутки, вторая группа (52 пациента) – пероральный прием ГК в дозе 5-20 мг/сутки в сочетании с пульс-терапией ГК, третья группа (34 пациента) – пульс-терапия ГК, четвертая группа (70 пациентов) – прием НПВП без ГК. Длительность приема ГК – 0,8 [0,4; 2,3] лет. Критерии исключения из исследования: сердечно-сосудистая патология и/или наличие атеросклеротических бляшек по данным дуплексного исследования сонных артерий, заболевания почек, онкогематологические и инфекционные заболевания. У пациентов определены креатинин крови (мкмоль/л) и мочи (ммоль/л), рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ (мл/мин/1,73м²). Проведена оценка канальцевой функции: определены уровни альбумина мочи с расчетом отношения альбумин/креатинин мочи (Ал/Кр) (мг/г), α1-микроглобулина мочи с расчетом отношения α1-микроглобулин/креатинин мочи (α1-Мг/Кр) (мг/г), ЛДГ мочи с расчетом соотношения ЛДГ/креатинин мочи (ЛДГ/Кр) (ед/ммоль), ГТП мочи с расчетом соотношения ГТП/креатинин мочи (ГТП/Кр) (ед/ммоль). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программ Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., США) и Statistica 8.0 (StatSoft).

Результаты. Пациенты всех групп были сопоставимы между собой по полу, возрасту, уровню АД, длительности заболевания. СКФ пациентов 1-й группы составила 86 [81; 106] мл/мин/1,73м², 2-й группы – 86 [78,8; 98,4] мл/мин/1,73м², 3-й группы – 97 [86; 114] мл/мин/1,73м², 4-й группы – 88,7 [76,4; 99] мл/мин/1,73м². Выявлена большая СКФ у пациентов, находящихся на пульс-терапии ГК (3-я группа), чем у пациентов, принимающих ГК перорально совместно с пульс-терапией (2-я группа) (p=0,03). Установлена большая СКФ у пациентов, находящихся на пульс-терапии ГК (3-я группа), чем у пациентов, не принимающих ГК (4-я группа) (p=0,02). У пациентов всех групп изучены канальцевые функции почек. Уровень Ал/Кр мочи у пациентов 1-й группы составил 25,5 [11,8; 42,3] мг/г, у пациентов 2-й группы – 33,4 [22,3; 46,8] мг/г, 3-й группы – 26,1 [16,8; 34,4] мг/г, 4-й группы – 28,3 [18,3; 42,9] мг/г (p>0,05 для всех). Уровень α1-Мг/Кр мочи у пациентов 1-й группы составил 18,9 [16,0; 23,9] мг/г, 2-й группы – 13,8 [11,8; 20,1] мг/г, 3-й группы – 16,9 [12,5; 25,2] мг/г, 4-й группы – 21,0 [15,8; 46,7] мг/г. При этом уровень α1-Мг/Кр у пациентов 2-й группы был значимо меньше, чем у больных 4-й группы (p=0,01). Уровень ЛДГ/Кр мочи у пациентов 1-й группы составил 1,1 [0,8; 1,7] ед/ммоль, 2-й группы – 1,3 [0,7; 3,9] ед/ммоль, 3-й группы – 1,2 [0,6; 2,1] ед/ммоль, 4-й группы – 1,6 [0,6; 2,8] ед/ммоль (p>0,05 для всех). Уровень ГТП/Кр мочи у лиц 1-й группы равен 3,7 [1,8; 4,6] ед/ммоль, 2-й группы – 3,9 [2,4; 7,2] ед/ммоль, 3-й группы – 4,1 [1,5; 5,2] ед/ммоль, 4-й группы – 4,4 [2,7; 5,8] ед/ммоль (p>0,05 для всех).

Обсуждение. Пациенты со СПА, которым необходим прием ГК в различных режимах, имеют более тяжелое течение заболевания, и, соответственно, изначально более высокую вероятность скомпрометированного состояния почек вследствие длительного воспаления. В этих условиях ГК, возможно, способны предупредить или замедлить прогрессирование почечного повреждения, что подтверждает наличие более высокой СКФ и меньшей выраженности канальцевой дисфункции у пациентов, принимающих ГК, чем у пациентов, принимающих только НПВП без ГК.

Полиморфизм генов синтаз оксида азота у больных с сочетанием бронхиальной астмы и гипертонической болезни

Шаханов А.В., Урясьев О.М.

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

Введение: в настоящее время внимание учёных всё больше привлекает проблема коморбидности, изучение которой способствует развитию патогенетически обоснованных схем лечения, позволяющих максимально эффективно воздействовать на каждое звено патогенеза сочетанной патологии. Высокую социальную значимость имеет проблема бронхиальной астмы (БА), распространённость которой в мире достигает 300 млн человек. Доля больных БА, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, достигает 50%. При этом ключевое место среди них занимает гипертоническая болезнь (ГБ), распространённость которой среди больных БА оценивается от 12,9% до 37,6%. На сегодняшний день многие вопросы, касающиеся клинического течения и патогенеза сочетания БА и ГБ, остаются открытыми. Однако не вызывает сомнения существование общих патогенетических механизмов, оказывающих взаимное влияние между этими заболеваниями.

Идея. Одним из возможных общих звеньев патогенеза является нарушение синтеза оксида азота (NO). В организме человека NO синтезируется из L-аргинина группой цитохром P-450-подобных гемопротеинов – NO-синтаз, включающих три изоформы: нейрональную, макрофагальную и эндотелиальную. Эти изоформы соответственно являются продуктами экспрессии генов NOS1, NOS2 и NOS3. Продуцируемый геном NOS1 оксид азота известен как нейротрансмиттер нервных синапсов, а также как регулятор физиологических процессов дыхания. Генетические данные показывают значимость гена NOS1 в патогенезе бронхиальной гиперчувствительности при астме. В то же время оксид азота, вырабатываемый eNOS, кодируемой геном NOS3, является самым мощным из известных эндогенных вазодилататоров, и его связь с сердечно-сосудистой патологией не вызывает сомнений. Активность экспрессии NO-синтаз напрямую зависит от нуклеотидного состава, кодирующих генов, что делает актуальным изучение возможной связи полиморфизма генов NOS1 и NOS3 с развитием сочетанной патологии бронхиальной астмы и гипертонической болезни.

Цель: изучить полиморфизм генов синтаз оксида азота (NOS1 84G/A и NOS3 786C/T) у больных с сочетанием бронхиальной астмы и гипертонической болезни.

Материалы и методы. Исследование выполнено с 2014 по 2016 год на кафедре факультетской терапии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Проведённое исследование соответствует требованиям GCP и одобрено ЛЭК РязГМУ 17.10.2013 г. В исследование включён 71 пациент в возрасте от 45 до 69 лет. Больные были разделены на три группы: 1 – больные с сочетанием БА и ГБ, 2 – больные с изолированной БА, 3 – больные с изолированной

ГБ. Всем пациентам было выполнено определение полиморфизма генов NOS1 84G/A и NOS3 786C/T методом аллель специфичной ПЦР с последующим электрофоретическим разделением продуктов амплификации и визуализацией продуктов амплификации в 3% агарозном геле с использованием реактивов ООО НПФ «Литех» (г. Москва).

Результаты: генетическая информация полиморфизма NOS1 84G/A распределилась следующим образом: GG-генотип – 25%, GA-генотип – 34%, AA-генотип – 41%, аллель G – 42% (n=60), аллель A – 58% (n=82). Распределение не соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=6,71$, $p=0,01$). Генетическая информация полиморфизма NOS3 786C/T распределилась следующим образом: CC-генотип – 12%, CT-генотип – 44%, TT-генотип – 44%, аллель C – 35% (n=49), аллель T – 65% (n=93), что соответствует равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2 = 0,08$, $p = 0,77$). Исследуемые группы не отличаются друг от друга по распределению генотипов ($\chi^2=2,13$, $p=0,712$) полиморфизма NOS1 84G/A, но отличаются друг от друга по распределению аллелей ($\chi^2=10,55$, $p=0,005$) и отдельных генотипов ($\chi^2=10,49$, $p=0,03$) полиморфизма NOS3 786C/T. В группе больных изолированной БА T аллель определяется в 48% случаев, в основной группе (БА и ГБ) – в 69%, а в группе больных с изолированной ГБ – в 79%.

Обсуждение: T-аллель полиморфизма NOS3 786C/T у больных с сочетанием бронхиальной астмы и гипертонической болезни определяется чаще, чем у больных с изолированной бронхиальной астмой ($p = 0,04$). Наличие T-аллели полиморфизма NOS3 786C/T ассоциировано с более высокой частотой развития гипертонической болезни у больных бронхиальной астмой (OR = 2,40, 95% CI: 1,04 – 5,56), поэтому оценка этого полиморфизма может быть использована для выявления больных бронхиальной астмой, у которых имеется повышенный риск развития гипертонической болезни.

Роль процессов ремоделирования сердца при формировании хронической тромбоэмболической легочной гипертензии

Шеменкова В.С., Шостак Н.А., Клименко А.А., Котова Д.П., Богданова А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение: в ряде случаев после перенесенной ТЭЛА не происходит полноценной реканализации легочного русла и эмболические массы лизируются частично, замещаются соединительной тканью и изменяют просвет легочных сосудов, что приводит к формированию хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ). ХТЭЛГ является редким заболеванием, частота встречаемости составляет около 5-10 случаев на 1 млн населения в год. В исследовании V. Pengo et al. показано, что через 3 мес. после перенесенного первого эпизода ТЭЛА частота развития ХТЭЛГ, сопровождающейся клиническими проявлениями, составила 0%, через 6 мес. – 1%, через год – 3,1%, а через 2 года – 3,8%. Использование трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) является доступным, простым и безопасным методом оценки течения ХТЭЛГ. Идея: проанализировать возможные процессы ремоделирования сердца при формировании ХТЭЛГ для выявления прогностически неблагоприятных факторов течения заболевания. Цель: оценка структурно-функционального состояния правых и левых отделов сердца у пациентов ХТЭЛГ в зависимости от функционального класса (ФК) легочной гипертензии (ЛГ).

Материалы и методы: в исследование включён 21 пациент (12 женщин и 9 мужчин) с подтвержденным диагнозом ХТЭЛГ, госпитализированный

в 1-ое терапевтическое отделение ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова в период с 2015г. по 2017г. Средний возраст пациентов составил $60,1 \pm 3,7$ лет. ЭхоКГ проводилась на приборе экспертного класса Vivid E7 с использованием стандартных доступов и режимов. Оценивались такие параметры, как систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), TAPSE, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), размеры правых и левых камер сердца. Всем пациентам выполнялся тест с 6-ти минутной ходьбой для определения ФК ЛГ с оценкой степени выраженности одышки по Боргу. По данному параметру пациенты были разделены на 2 подгруппы: подгруппа 1-9 человек с I и II ФК; подгруппа 2-12 человек с III и IV ФК. Расчет и оценка результатов проводились с использованием программы Statistica 7.0.

Результаты: у пациентов с III и IV ФК ЛГ отмечено достоверно более выраженное увеличение правых отделов сердца с более низкими значениями систолической функции ЛЖ по сравнению с пациентами I и II ФК. У всех пациентов с ХТЭЛГ вне зависимости от ФК выявлена диастолическая дисфункция правого желудочка (ПЖ), в то время как диастолическая дисфункция ЛЖ была нарушена только у 14 (66,7%) больных. При оценки левых отделов сердца у пациентов с III-IV ФК отмечались достоверно более низкие показатели конечно-систолического и конечно-диастолического объема (КСО и КДО), ударного объема (УО), сердечного выброса (СВ) и ФВ по сравнению с пациентами I и II ФК.

Обсуждение: у пациентов с ХТЭЛГ отмечаются процессы ремоделирования правых отделов сердца в виде дилатации правого предсердия (ПП) и ПЖ, гипертрофии ПЖ, степень выраженности которых коррелируют со степенью и ФК ЛГ. У всех больных ХТЭЛГ вне зависимости от ФК ЛГ имелась диастолическая дисфункция ПЖ. Предикторами неблагоприятного прогноза (частые госпитализации в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности, смертельный исход) у наших пациентов явились такие значения эхокардиографических показателей, как TAPSE < 1,7 см и площадь ПП > 22 см², что сопоставимо с международными данными других авторов. Также выявлены процессы ремоделирования и левых отделов сердца в виде снижения показателей систолической функции ЛЖ в зависимости от ФК ЛГ. Таким образом эхокардиографические показатели правых и левых отделов сердца позволяют оценить процессы ремоделирования сердца у пациентов с ХТЭЛГ, сопоставить их с клиническими данными, в том числе ФК ЛГ и выделить прогностически неблагоприятные показатели течения ХТЭЛГ.

Динамика морфофункциональных параметров крыс при моделировании хронической сердечной недостаточности, в том числе при введении омега-3 полиненасыщенных жирных кислот

*Шперлинг М.И., Теркин Д.А., Власов А.А., Саликова С.П.,
Гриневич В.Б., Бугаев П.А.*

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

Введение. В многочисленных исследованиях было установлено, что омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) обладают кардиопротективными эффектами. Влияние препаратов ПНЖК на формирование и течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) является предметом дискуссий.

Идея. Поиск морфофункциональных параметров – терапевтических мишеней омега-3 ПНЖК в модели ХСН.

Цель. Установить динамику морфофункциональных параметров крыс при моделировании ХСН, в том числе при введении омега-3 ПНЖК.

Материал и методы. 24 белых крысы-самки составили 3 равные группы: 1 – интактные, 2 – моделирования ХСН путем п/к введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления и группа 3 – моделирования ХСН с ежедневным внутривенным введением смеси этиловых эфиров эйкозапентаеновой (46%) и докозагексаеновой (38%) ПНЖК в дозе 35 мг/кг/сут. Длительность плавания (ДП) регистрировали с момента погружения в воду до неспособности всплыть на поверхность. Массу тела определяли ежедневно. Рассчитывали процентное отношение массы органа к массе тела перед некропсией. Для оценки различий применяли критерии Уилкоксона и Манна-Уитни, при $p < 0,05$.

Результаты. У всех животных развивалась ХСН, подтвержденная наличием гидроторакса, асцита, гепатомегалии. В первые 3 дня эксперимента в группе 2 погибли 2 крысы, в группе 3 – 1 крыса. Большинство крыс в ходе исследования демонстрировали прирост длительности плавания (ДП). В 3 группе ДП достоверно увеличилась по сравнению с 1 днем у всех крыс, а в группе 2 наблюдалась лишь тенденция к увеличению, при этом у 2 особей она уменьшалась. Средний прирост ДП относительно начального времени в группе 2 составил 192 ± 140 с (19%, н/д); в группе 3 – 263 ± 196 с (37%, $p < 0,05$). При анализе органомерических показателей установлено, что масса крыс групп 1, 2, 3 перед началом эксперимента составила $216,2 \pm 15,9$; $219,8 \pm 10,6$ и $227,1 \pm 25,1$ г, а к окончанию достоверно увеличилась во всех группах до $246 \pm 18,1$; $246,2 \pm 3,5$ и $251 \pm 24,8$ г соответственно ($p < 0,05$). При этом максимальный набор массы тела демонстрировали интактные животные – 12,03%, при приросте в группе 3 – 9,25%, в группе 2 – 8,19% (н.д.). Относительная масса (ОМ) сердца в группах 1, 2 и 3 составила 0,35; 0,37 и 0,39%, легких – 0,59; 0,66 и 0,61%; печени – 3,2; 3,83 ($p < 0,05$, 2vs1); и 3,9% ($p < 0,01$, 3vs1) соответственно. Достоверных различий по массе тела и внутренних органов между группами 2 и 3 не получено.

Обсуждение. Гиперактивация симпатoadренальной системы у экспериментальных животных приводит к значительному увеличению пред- и постнагрузки на сердце и формированию его повреждения с развитием сердечной недостаточности. Дизайн модели позволяет говорить о ХСН, что подтверждается исследованиями ряда авторов. Адаптация к нагрузке, по-видимому, происходит благодаря гипертрофии сердечной мышцы, о чем свидетельствует выявленная нами тенденция к увеличению ОМ сердца, что согласуется с данными Лисковой Ю.В. с соавт. (2014), получивших достоверное её увеличение. Примечательно, что масса тела крыс в этом же исследовании сопоставимо нарастала в опытных группах, при этом достоверная разница в массе тела с контрольной группой отмечалась только на 21 день эксперимента, что свидетельствовало, по мнению авторов, о синдроме задержки жидкости на фоне ХСН. Существенное увеличение массы печени и легких крыс опытных групп подтверждают эту гипотезу. Несмотря на гиперсимпатикотонию, мы наблюдали прирост ДП в опытных группах, что свидетельствует о широких возможностях адаптации организма крыс к нагрузке. Похожую динамику времени плавания в тесте «вынужденное плавание с грузом» от 1 к 15 дню Зайцева М.С. и соавт. (2015) объясняют эффектом первого тестирования. Однако некоторые авторы описывают положительное влияние ПНЖК на функциональный статус и прогноз пациентов с ХСН, поэтому достоверное увеличение времени плавания и меньшую смертность животных 3 группы мы связываем с эффектом омега-3 ПНЖК.

Выводы. В ходе моделирования ХСН у крыс развивается компенсаторная гипертрофия миокарда, застойные явления в паренхиматозных органах. Применение ПНЖК может способствовать лучшей адаптации животных к гиперсимпатикотонии, улучшению их функционального статуса и снижению смертности.

Значение полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 и клиническая эффективность Бисопролола в лечении пациентов с острым коронарным синдромом

Шумков В.А., Загородникова К.А., Болдуева С.А.

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

Цель: изучить роль генетического полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 в клинической эффективности Бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом, которым по клиническим показаниям был назначен Бисопролол. Также критериями включения являлись: возраст пациентов 30-80 лет, нормальные показатели исходного систолическое артериальное давление 110-139 мм рт.ст. и подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам, включенным в исследование, проводили молекулярно-генетическое тестирование. Для выполнения генетического анализа отбирали 5 мл крови в пробирки с ЭДТА, хранили при -20°C. Выделение ДНК проводили комплектами производства НПФ «ДНК-технология» проба рапид генетика. Выявление полиморфных вариантов Т (CYP3A5*1) и С (CYP3A5*3) в локусе rs776746 гена CYP3A5 проводили методом ПЦР в реальном времени на анализаторе ДТ-

Лайт (НПФ «ДНК-технология»), производитель наборов – компания «Синтол».

Результаты. Всего в исследование включено 102 пациента, 62 мужчин и 40 женщин. Средний возраст пациентов – 63,52 года. Частота аллелей составила: 0,073 для CYP3A5*1 и 0,926 для CYP3A5*3, что соответствует его распространенности в европейской популяции. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Из анализа исключили 5 пациентов с фибрилляцией предсердий. К моменту проведения монитора ЭКГ как у носителей аллеля *1, так и у пациентов с генотипом *3*3, достигались одинаковые значения средней ЧСС (68 уд/мин), и максимальной ЧСС при нагрузке (116 и 114 уд/мин), что говорит о равной степени эффективности бета-блокаторов к этому моменту. Однако для достижения этого эффекта пациентам двух групп потребовались разные дозы Бисопролола. Так, у носителей как минимум одного аллеля CYP3A5*1 (n=13), сопряженного с повышенной скоростью метаболизма, доза Бисопролола на 7-10 сутки ОКС была достоверно выше, и составила 5,62 мг, а у носителей варианта CYP3A5*3*3 – 4,51 мг (p<0,05 однонаправленный непараметрический тест Mann-Whitney); при анализе дозы в мг/кг, различия оказались еще более выраженными – 0,15 и 0,07 соответственно (p<0,01).

Выводы: результаты свидетельствуют о том, что носители минорного аллеля *1 в гене CYP3A5 нуждаются в достоверно более высоких дозах Бисопролола для достижения клинического эффекта, что делает этот генетический полиморфизм полезным фактором для выбора оптимального исходного режима дозирования Бисопролола у пациентов, перенесших ОКС.

Содержание

Сборник тезисов

Воздействие экстремальных техногенных факторов горнодобывающего предприятия на возникновение цереброваскулярных заболеваний Абдрахманова Е.Р., Рахимкулов А.С.	3
Оценка комплексного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата у пожилых Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Турсунбаев А.К., Шукуров У.М., Югай Л.А., Закирова Д.К.	3
Изучение некоторых эффектов статинов при коронарной болезни сердца с учетом полиморфизма генов Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Турсун Р.Р., Турдикулова Ш.У., Убайдуллаева З.З.	4
Роль полиморфного маркера с807t гена ITGA2 в прогнозировании риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий Агибова Н.Е., Боева О.И., Байкулова М.Х., Белолова Т.И., Власянц Е.А., Дерева М.В., Ермолин А.Р., Игнатенко И.В., Кривенко Н.Н.	4
Прогноз и клиническое течение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST у женщин с необструктивным поражением коронарного русла Айрапетян М.А., Гордеев И.Г.	5
Вариабельность сердечного ритма у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани Акимова А.В., Миронов В.А., Тарасова Е.В., Палабугина П.А., Таланкина А.А.	6
Ремоделирование миокарда у больных с постинфарктным кардиосклерозом и дилатационной кардиомиопатией ишемического генеза Аксенов А.И., Полунина О.С.	6
Состояние цитокинового статуса у больных анкилозирующим спондилитом Алиахунова М.Ю., Нуриддинова С.К., Хан Т.А., Исламова Д.Н.	7
Дисфункция почек, ремоделирование сердца и коронарный атеросклероз у больных ишемическим инсультом Алиджанова Х.Г., Шевченко Е.В., Нефедова Г.А., Алиев И.С., Рамазанов Г.Р., Чурсин А.В., Газарян Г.А., Петриков С.С.	8
Неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии и асимптомная ишемическая болезнь сердца при остром ишемическом инсульте Алиджанова Х.Г., Юсупова И.Г., Бабаян И.С., Кумпилова А.Д., Хамидова Л.Т., Рамазанов Г.Р., Газарян Г.А., Петриков С.С.	8
Патогенетические варианты ишемического инсульта при фибрилляции предсердий Алиева М.М., Гераскина Л.А., Гарабова Н.И., Фоякин А.В.	9
Типы структурного ремоделирования левого желудочка при хронической фибрилляции предсердий Аминова Л.Х., Мирончук Н.Н., Биглова А.Н.	9
Центральное аортальное давление и жесткость магистральных артерий у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома и субклинического гипотиреоза Андреева Л.А., Мартынов А.И., Панченкова Л.А., Трошина Е.А., Хамидова Х.А., Юркова Т.Е., Зиновьева С.Ю., Казанцева Е.Э., Медведева Л.А.	10
Проблемы технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений, доступности медицинской помощи в региональном здравоохранении Апхутин А.Ф.	10
Гендерная и возрастная структура множественных хронических заболеваний у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений города Рязани Асфандиярова Н.С., Дашкевич О.В., Заикина Е.В., Сучкова Е.И., Хотеевкова Н.В., Якубенко А.Н., Прокудина И.А., В олхонцева Т.С., Красильникова Е.В., Печенкина Е.А., Маркина О.А., Алексеева М.Н.	11
Прогностические маркеры поражения печени у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа Ахмадуллина Г.И., Курникова И.А.	11
Особенности аортальной гемодинамики у пациентов с ишемической болезнью сердца при наличии бессимптомного церебрального атеросклероза Ахматова Ф.Д., Чукаева И.И., Аронов Л.С., Касаева Д.А.	12
Коронарный кальциноз при ишемической болезни сердца – связь с церебральным атеросклерозом и факторами сердечно-сосудистого риска Ахматова Ф.Д., Чукаева И.И., Курбатова З.Ю., Литвинова С.Н.	12
Частота выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции у больных с язвенным колитом Бабаева Г.Г., Самедова Т.А., Бабаев З.М.	13

Хронический эзофагит, ассоциированный с дисбактериозом и патологией гастродуоденальной зоны и особенности его лечения Базлов С.Н.	13
Роль биомаркеров эндотелиальной дисфункции в ранней диагностике сосудистых нарушений при вибрационной болезни и ее сочетании с артериальной гипертензией Бараева Р.А., Бабанов С.А.	14
Особенности флюктуаций артериального давления у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией и первичной открытоугольной глаукомой Баранова Н.А., Овчинников Ю.В., Куроедов А.В.	14
Время проведения реваскуляризации и динамика параметров электрической нестабильности миокарда Барменкова Ю.А., Душина Е.В., Олейников В.Э.	15
Ретроспективный анализ лечения до госпитализации у больных с острым коронарным синдромом, поступивших в кардиологический стационар Батурин В.А., Муравьев К.А., Иванова А.В., Батурина М.В.	16
Исследование полиморфизмов некоторых генов-кандидатов при эндокардитах Бахарева Ю.С., Максимов В.Н., Чапаева Н.Н.	16
Ранний атеросклероз ветвей дуги аорты у пациентов с миокардитом Бахметьев А.С., Степченкова Е.А., Двоенко О.Г., Лойко В.С., Семенова О.Н., Исаева Т.М., Курсаченко А.С.	16
Проблемы назначения оральных антикоагулянтов больным с клапанной фибрилляцией предсердий Белокрылова Л.В., Пушкинов А.А., Иванова Э.С., Дороднева Е.Ф., Исакова Д.Н., Шорохова Т.Д.	17
Регистр перикардитов факультетской терапевтической клиники: нозологический спектр и подходы к лечению Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Саркисова Н.Д.	17
Применение диуретиков у пациентов терапевтического профиля в условиях реальной клинической практики Бледнова А.Ю., Елисеева Л.Н.	18
Влияние периндоприла на параметры суточного амбулаторного мониторинга артериального давления у больных анкилозирующим спондилитом, имеющих артериальную гипертензию Бобрикова Д.А., Кляшева Ю.М., Кляшев С.М., Малых И.А.	19
Диагностический поиск при наблюдении пациентки с запорным синдромом Бодрягина Е.С.	19
Взаимосвязь темпов прогрессирования хронической болезни почек с уровнем витамина D у больных хронической обструктивной болезнью легких Болотова Е.В., Дудникова А.В., Являнская В.В.	20
Влияние профилактического консультирования на вероятность развития острого инфаркта миокарда в сельской популяции краснодарского края Болотова Е.В., Комиссарова И.М.	20
Результаты фармакологического урежения ритма сердца при лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка Борисенко Ю.В., Канорский С.Г.	21
Воздействие атеросклероза на возникновение церебральных инсультов Борисова Н.А., Рахимкулов А.С., Абдрахманова Е.Р.	21
Влияние использования бальнеотерапевтической коррекции на неврологические показатели у пациентов с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний от естественно-природной и техногенной нагрузки Борисова Н.А., Рахимкулов А.С., Горбунов Ф.Е.	22
Оценка факторов риска развития хронической болезни почек у больных сахарным диабетом 2-го типа с помощью программы для ЭВМ Боровков Н.Н., Яркова Н.А.	23
Коморбидность в структуре летальных исходов от острого инфаркта миокарда Боровкова Н.Ю., Арюхова А.Н., Николаева М.А., Каган Л.А., Ковалева Г.В., Кузнецов С.С.	23
Дилатационная кардиомиопатия в практике врача-кардиолога Боровкова Н.Ю., Буянова М.В., Голицына Н.А., Боровков Н.Н.	24
Диагностика острого инфаркта миокарда с помощью современных диагностических тестов Боровкова Н.Ю., Ильина А.С., Звездочетова Н.А.	24

Снижение летальности при остром инфаркте миокарда в региональном сосудистом центре Боровкова Н.Ю., Каган Л.А., Арюхова А.Н., Николаева М.А., Ковалева Г.В., Миронов Н.Н., Ильина А.С.	25
Особенности variability ритма у больных микроваскулярной стенокардией Боровкова Н.Ю., Туличев А.А., Спасский А.А., Каюшников А.Б.	25
Структура сопутствующей патологии у больных с микроваскулярной стенокардией Боровкова Н.Ю., Шарова Л.Ю., Туличев А.А., Звездочетова Н.А.	25
Особенности variability синусового ритма у больных с микроваскулярной стенокардией Боровкова Н.Ю., Шарова Л.Ю., Туличев А.А., Звездочетова Н.А., Каюшников А.Б.	26
Инфекционный эндокардит как причина лихорадки неясного генеза: описание клинического случая Боханова Е.Г., Дорофеева Н.П., Янковская Г.В., Трефилова В.А., Иванченко Д.Н., Бурдакова Э.И.	26
Значение субклинического атеросклероза сонных артерий для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Бутина Е.К., Бочкарева Е.В.	27
Синдром обструктивного апноэ во сне у больных STEMI в сочетании с нарушениями ритма Бурко Н.В., Душина Е.В., Барменкова Ю.А., Олейников В.Э.	28
Оценка безопасности и эффективности противогриппозной вакцинации у больных ревматическими заболеваниями (предварительные результаты) Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Эрдес Ш.Ф., Лукина Г.В., Лучихина Е.Л., Волков А.В., Александрова Е.Н.	28
«Новый» клинический феномен – первично-хронический септический эндокардит как аргумент «против» ревматизма XX–XXI вв. Бушманова Г.М., Супотницкий М.В., Девятьяров Л.А., Козырь А.М., Гросс В.А., Ларионов П.М., Шмерлинг Л.А., Зорина И.Г., Терлецкий А.В., Ахмерова Л.Г.	29
Распространенность генотипов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных артериальной гипертензией Васильева Л.В., Попов П.П., Филатова О.С.	29
Возможности ускоренного режима экстракорпоральной ударно-волновой терапии в лечении стабильной стенокардии Васюк Ю.А., Школьник Е.Л., Щербак М.М.	30
О роли кабинетов паллиативной медицинской помощи, функционирующих в структуре территориальной поликлиники Введенская Е.С., Палехов А.В.	30
Динамика экспрессии основного фактора роста фибробластов (FGF-2) в стенке брюшной аорты крыс линии Вистар под влиянием адреналина Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Атаев И.А., Рубанова М.П., Губская П.М., Карев В.Е.	31
Функциональные особенности микро- и макроциркуляторного русла в условиях системного воспаления при ревматических болезнях Виноградов А.А., Виноградова Н.А.	32
Особенности амбулаторной диагностики антрациклиновой кардиотоксичности Водопьян А.В., Водопьян О.В.	32
Состояние респираторного здоровья в современной России Воевода М.И., Ковалькова Н.А., Рагино Ю.И., Денисова Д.В.	32
Влияние циклоферона на цитокиновый профиль у больных микогенной бронхиальной астмой Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазуткин Н.Н., Лазаренко Л.Л., Бардов В.С.	33
Анализ работы врача-терапевта в амбулаторно-поликлиническом звене Волкова Л.Д., Волкова О.А., Николаенко О.В.	33
Влияние уровня тревоги и депрессии, типа личности на приверженность к лечению у амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью Волкова С.Ю., Пантеева Е.В., Шевелева О.Е.	34
Фармакогенетические аспекты генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных с хронической сердечной недостаточностью Волкова С.Ю., Томашевич К.А., Пантеева Е.В., Солобова М.Ю.	35
Хроническая болезнь почек у больных сахарным диабетом 2-го типа Волошинова Е.В., Лобанова О.С., Цатурова К.Н., Григорьева Е.В.	35
Индекс анизоцитоза эритроцитов (RDW) как маркер прогноза осложнений острого инфаркта миокарда Воробьев С.А., Родионова Н.О.	36

Оценка основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди студентов высших и средних учебных заведений Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.	36
Оценка параметров микроциркуляции у больных ишемической болезнью сердца методом лазерной доплеровской флоуметрии Газданова А.А.	37
Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: Q- и Q+ инфаркт миокарда среди населения Гафаров В.В., Гафарова А.В.	37
Влияние препарата «Ремаксол» на функциональное состояние печени у больных циррозом печени алиментарной этиологии Гендриксон Л.Н., Петраков А.В., Винницкая Е.В., Хайменова Т.Ю.	38
Летальность от внебольничной пневмонии в многопрофильном стационаре Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Демчук Е.А., Яшкина Л.А., Челбаева Е.А., Олейников В.Э.	38
Экстрасистолическая аритмия как предиктор развития тромбоземболических осложнений Германова О.А., Крюков Н.Н., Германов А.В., Германов В.А.	39
Влияние препарата «Мексидол» на процессы старения Глова С.Е., Рыжкова Е.С., Комолова Е.С., Крестостурьян Н.Р., Шлык С.В.	39
Результаты длительного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией фиксированной комбинацией периндоприла и амлодипина Голубев Ю.Ю., Струтынский А.В., Бекетова Е.Ю.	40
Особенности изменений внутрисердечной гемодинамики у беременных женщин Горбунова М.Л., Белотелова И.Ю.	40
Оценка факторов риска как ранняя диагностика ишемической болезни сердца на амбулаторно-поликлиническом этапе Горбунова С.И., Джанибекова А.Р., Володихина А.А., Григорянц И.В., Журавлева И.В.	41
Неинвазивная оценка изменений гемодинамики малого круга кровообращения у мужчин моложе 60 лет при инфарктах миокарда в начальные периоды заболевания Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В., Рейза В.А.	41
Распространенность личностного типа D среди студентов технических специальностей высших учебных заведений Горшков-Кантакузен В.А., Григорьев А.А.	42
Скрытая артериальная гипертензия у мужчин в возрасте 40–49 лет и ее связь с сердечно-сосудистым риском Григоричева Е.А., Бонждарева Ю.Л.	42
Фенотипические маркеры синдрома соединительнотканной дисплазии и особенности поражения сердца и сосудов у пациентов кардиологического профиля Григоричева Е.А., Чинарев В.А., Гафаров Д.А.	43
Опыт применения циклоспорина в терапии гломерулонефритов Григорьева Е.В., Волошинова Е.В., Петрова Н.Ю.	43
Выбор оптимальной антигипертензивной терапии у больного с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких Григорьева Н.Ю., Кузнецов А.Н., Королева М.Е., Самолюк М.О., Вилкова О.Е., Королева Т.В.	44
Особенности микрофлоры кишечника больных при системных проявлениях ревматоидного артрита Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.	44
Распространенность хронической болезни почек у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких и их комбинациями Гурмач М.А., Чижов П.А.	45
Ремоделирование сонных артерий и функциональные нарушения внутрисердечной гемодинамики в клинике манифестации мультифокального атеросклероза Давлетшин Р.А., Хасанов А.Х., Карамова И.М., Кузьмина З.С., Нифталиева О.М., Гуфранова Р.Г., Мехдиев Д.И., Какаулина Л.Н.	46
Риск развития угрожающих состояний при лечении гипертонической болезни и изолированной систолической артериальной гипертонии Дегтярев В.А.	46
Риск развития угрожающих состояний при целевом снижении артериального давления у больных сахарным диабетом Дегтярев В.А.	47

Клинико-морфологическая и патогенетическая характеристика хронического эзофагита при хроническом гастрите и принципы его лечения Джулай Г.С., Секарева Е.В.	47
Особенности хронического эзофагита, ассоциированного с патологией билиарной системы и дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом Джулай Т.Е., Зябрева И.А., Джулай Г.С.	48
Интерлейкин-1 как один из предикторов эффективности терапии инфликсимабом при ревматоидном артрите Доценко С.С., Шилова Л.Н., Левкина М.В., Фофанова Н.А., Некрасова С.П.	48
Сроки чрескожного коронарного вмешательства и динамика вариабельности сердечного ритма у больных STEMI Душина Е.В., Барменкова Ю.А., Олейников В.Э.	49
Изучение ассоциации полиморфизма RS9939609 гена FTO на пищевой термогенез макронутриентов Егоренкова Н.П., Погожева А.В., Батулин А.К., Сорокина Е.Ю., Соколов А.И.	49
Особенности сердечно-сосудистой патологии у пациентов с воспалительными заболеваниями суставов Елисеева Л.Н., Бледнова А.Ю., Самородская Н.А.	50
Маркеры повреждения эндотелия и тромбоцитарное звено гемостаза у больных системной красной волчанкой Емануйлова Н.В., Емануйлов В.И., Масина И.В.	50
Ожирение, как первичное проявление синдрома Иценко–Кушинга, диагностический поиск для врача терапевта. Клинический случай Емельянов А.В.	51
Мочевой лейкотриен E4 до выдыхаемого соотношения оксида азота и реакция на монтелукаст у спортсменов зимних видов спорта с индуцированной нагрузкой бронхостенозой Ермакович Т.М.	51
Инсулинорезистентность у больных подагрическим артритом с метаболическим синдромом Жигулина К.В., Шилова Л.Н., Коренская Е.Г., Чернов А.С., Рогаткина Т.Ф.	52
Изменение гемодинамической реакции на холодовой стресс у больных артериальной гипертензией на фоне терапии небивололом Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Сулиманова Д.Р., Рубанова М.П., Вебер К.В., Федоров Т.В.	52
Психовегетативные аспекты формирования дискинезии желчного пузыря Жукова Е.В., Куницына М.А., Семикина Т.М.	53
Опыт наблюдения за больными с поллинозом на фоне специфической иммунотерапии в Республике Крым Жукова Н.В., Костоюкова Е.А.	53
Оценка эффективности традиционной и инновационной программ диспансерного наблюдения за полиморбидными пациентами на фоне метаболического синдрома с помощью оригинальной методики Журавлев Ю.И., Тхорикова В.Н.	54
Динамика толерантности к физическим нагрузкам и качества жизни у больных пожилого и старческого возраста со стабильной ибс после курса интервальных гипоксических-гипероксических тренировок Загайная Е.Э., Глазачев О.С., Сыркин А.Л., Копылов Ф.Ю., Дудник Е.Н.	54
Эпидемиологические характеристики и качество жизни больных остеопорозом, перенесших перелом проксимального отдела бедра по результатам клинико-популяционного исследования Закроева А.Г., Гмызин А.С., Гладкова Е.Н., Малинкин А.В.	55
Психосоциальные аспекты основных хронических неинфекционных заболеваний: популяционное исследование и подготовка специалистов в системе НМО в Уральском государственном медицинском университете Закроева А.Г., Максимов Д.М., Богданова Л.В.	55
Структурно-функциональные изменения щитовидной железы у лиц с ишемической болезнью сердца на фоне терапии амиодароном Захарова Е.Г., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Ляпкина Н.Б., Макеева Т.Г.	56
Изучение влияния синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани на течение варикозной болезни вен нижних конечностей Захарьян Е.А.	56
Сравнение клинической эффективности дозированных аэрозольных ингаляторов бекламетазона при бронхиальной астме у пожилых Зиц С.В., Курная И.В., Ахметов И.Р., Максимова А.В., Сарманов С.Х.	57
Прогностическая значимость впервые возникшей инсульт-ассоциированной фибрилляции предсердий Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Дуляков Д.В.	57

Оксигенация мембран эритроцитов и параметры микроциркуляции у коморбидных больных с фибрилляцией предсердий Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Дупляков Д.В., Лимарева Л.В., Сустретов А.С.	58
Проектное управление: региональный опыт отраслей здравоохранения и социальной защиты Зубарева Н.Н., Николаева И.В., Крылова Л.С., Андропова Е.А., Бабицын С.Н.	58
Мнение терапевтов о выявлении сосудистых заболеваний хирургического профиля Зубко А.В.	59
Индекс микроальтернатив «миокард»: влияние пола, возраста и частота нормальных значений при скрининговых обследованиях населения Иванов Г.Г., Буланова Н.А., Щелькалина С.П., Николаев Д.В.	59
Взаимосвязь ожирения с социальным статусом и сопутствующей соматической патологией у беременных (анализ данных регистра БеРеГ) Иванова Е.Ю., Филиппова М.П., Стрюк Р.И.	60
Смещение приоритетов профилактики в интересах пациента Иванова Н.А., Шумова А.Л., Зайцев Д.В., Гушина Е.Н.	60
Распространенность анемии у пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов Иванова Ю.И., Чижов П.А.	61
Образовательные мероприятия при проведении спирографии на примере пациента с хронической обструктивной болезнью легких Ивахненко Е.Ф.	61
Особенности антигипертензивной терапии у больных с хронической болезнью почек 5Д стадии, влияние на показатели качества жизни Иевлев Е.Н., Казакова И.А.	62
Изучение зависимости эффективности эрадикационной терапии <i>Helicobacter pylori</i> при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки от исходного состояния микробиоценоза толстого кишечника Исаев Г.Б., Ибрагимов М.Р., Салимов Т.Г.	62
Взаимосвязь дивертикулеза толстой кишки и гепатостеатоза у больных пожилого возраста Исаев Г.Б., Салимов Т.Г., Алиева А.М., Керитмова Т.М.	63
Роль ангиопротекции в морфогенезе остеоартрита Кабалык М.А., Коваленко Т.С.	63
Морфологические сопоставления использования методов текстурного анализа для оценки субхондральной кости при остеоартрите Кабалык М.А., Коваленко Т.С., Суняйкина А.Б.	64
Роль полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента в развитии хронической сердечной недостаточности Камилова У.К., Расулова З.Д., Бобоев К.Т., Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р., Джураева В.Х., Нуриддинов Н.А.	65
Оценка функционального состояния организма по многопризнаковым данным с применением диодно-лазерной спектроскопии выдыхаемого воздуха Карабиненко А.А., Петренко Ю.М., Надеждинский А.И., Понуровский Я.Я., Преснова Е.Д.	65
Распространенность некоторых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста Кардангушев А.М., Кармокова З.А., Шугушева З.А., Бекулова И.Х., Бекалдиева Н.М., Сантимова Л.В.	66
Сопоставимость результатов разового измерения и суточного мониторирования артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких с наличием и отсутствием хронической сердечной недостаточности Кароли Н.А., Бородкин А.В., Ребров А.П.	66
Хроническая ревматическая болезнь сердца и коморбидность Кац Я.А.	67
Клинические особенности целиакии у детей Кликич Д.И.	67
Эффективность школы здоровья в условиях городской поликлиники Кнышова С.А., Агранович Н.В., Анопоченко А.С.	67
Ультразвуковое исследование в диагностике дегенеративных изменений коленных суставов при рентгенологически нулевой стадии остеоартроза Князева К.В.	68
Роль применения этилметилгидроксипиридина сукцината для лечения когнитивных нарушений у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами Князева К.В.	69

Влияние факторов, ассоциированных с андронидным ожирением, на артериальную гипертензию у мужчин трудоспособного возраста Ковалева А.О., Панова Е.И.	69
Уровень витамина D у пациентов с фибромиалгией Кокуева О.В., Новоселя Н.В., Карчин О.В.	70
Особенности коморбидного течения артериальной гипертензии, гастроэзофагеальной и желчнокаменной болезни Колбасников С.В., Кононова А.Г., Белова Н.О.	70
Особенности ревматоидного артрита на фоне синдрома гипермобильности суставов Комаров В.Т., Девина О.В., Никишина А.Ю., Носанова М.Н., Хичина Н.С., Фадеева С.С.	71
Опыт применения инфликсимаба в комплексной терапии с метотрексатом в лечении ревматоидного артрита в течение 48 недель Комаров В.Т., Фадеева С.С., Салямова Л.И.	71
Метаболический синдром и кардиоваскулярные риски у молодых коренных жителей Югры Корнеева Е.В., Воевода М.И.	72
Микроциркуляторное русло, микроциркуляция и сосудистая проницаемость при инфаркте миокарда у пациентов, прекративших курить Корнеева Н.В., Сиротин Б.З.	72
Вариативность ритма и частоты сердечных сокращений в гендерных группах студентов-первокурсников Королева Л.Ю., Кондрашова А.А.	73
Возможности «Астма-школ» в комплексной терапии бронхиальной астмы Коршунова Л.В., Солодун М.В.	74
Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов 6-го курса лечебного факультета Корягина Н.А. Мелехова О.Б., Шадрин А.А., Другова М.А., Бабина Н.А.	74
Рост смертности от сахарного диабета и пути решения проблемы на территории Пермского региона Корягина Н.А., Онянов А.М., Лесников В.В., Мелехова О.Б., Наумов С.А.	75
Ретроспективный анализ уровня фибриногена плазмы при применении рекомбинантной неиммунной с тафилокиназы и тенекеплазы у больных острым инфарктом миокарда Костогрыз В.Б.	75
Особенности течения и прогноз исхода язвенной болезни у больных с множественными поражениями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием лектиногистохимии Костюкова Е.А., Кляритская И.Л., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В.	75
Неалкогольная жировая болезнь печени и стеатоз поджелудочной железы у лиц с ожирением Косюра С.Д., Ливанцова Е.Н., Красилова А.А., Вараева Ю.Р., Стародубова А.В.	76
Результаты внедрения программы интенсивного терапевтического мониторинга пациентов, перенесших обширные хирургические вмешательства, в условиях многопрофильного стационара Котова Д.П., Шеменкова В.С., Богданова А.А., Котов С.В.	76
Коморбидный пациент: особенности суточной динамики артериального давления у больных артериальной гипертензией на фоне хронической обструктивной болезни легких Крючкова О.Н., Бубнова М.А., Костюкова Е.А.	77
Сравнительная эффективность биспролола и его дженерических аналогов в контроле частоты сердечных сокращений у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю., Костюкова Е.А.	77
Динамика скорости клубочковой фильтрации у больных с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, в зависимости от выбора антигипертензивной комбинации Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.	78
Влияние антигипертензивной терапии на показатели качества жизни пациентов Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.	78
Роль стандартного популяционного эпидемиологического скрининга на выявление факторов риска в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний Куделькина Н.А.	79

Эффективность лечения аритмий иммуно-воспалительного генеза с помощью плазмафереза Куликова В.А., Недоступ А.В., Благова О.В., Зайденов В.А., Куприянова А.Г., Нечаев И.А., Рагимов А.А.	80
Что скрывается за диагнозом поздно возникшей бронхиальной астмы? Купаев В.И., Космынина М.А., Нурдина М.С.	80
Оценка периферического кровообращения у больных с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса Куркина М.В., Полякова Т.Ю., Автандилов А.Г.	80
Течение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST с позиции гендерных различий Курупанова А.С., Ларева Н.В.	81
Функциональная активность тромбоцитов при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST у пациентов с синдромом старческой астении Лавринова Е.А., Ермаков А.И., Кухарчик Г.А., Гайковая Л.Б., Сорокин Л.А.	82
Влияние метаболического синдрома на клиническую картину и активность ревматоидного артрита Лахин Д.И., Васильева Л.В.	82
Диагностика поражения сердца при активном саркоидозе легких Лебедева М.В., Стрижаков Л.А., Попова Е.Н., Бекетов В.Д., Мухин Н.А.	83
Дифференциальная диагностика спленомегалии, возможности ультразвуковой доплерографии Левитан Б.Н., Гринберг Б.А., Тимошенко Н.В., Петелина И.Ю.	83
Факторы, ассоциированные с развитием фибрилляции предсердий у больных хронической обструктивной болезнью легких Леонова Е.И., Задюнченко В.С.	84
Проявления хронической сердечной недостаточности у больных ревматоидным артритом Лисицина Ю.И., Шилова Л.Н., Красильников А.Н., Емельянов Н.И., Мякишев М.В.	84
Роль медико-экологических факторов в развитии логопедических нарушений у детей Литвиненко А.А., Хромкова М.А., Ойроткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Петрова Е.А.	85
Характеристика распространенности, диагностики осложнений сахарного диабета среди населения новгородской области Лоле О.Ю., Бутримова С.Ш., Зурабов В.В.	85
Анализ показателей хронотропной нагрузки у пациентов с различной локализацией инфаркта миокарда по данным суточного мониторирования электрокардиограммы Лукьянова М.В., Барменкова Ю.А., Душина Е.В., Бурко Н.В.	86
Влияние типа рефлюктата при Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на функциональную активность макрофагов Лямина С.В., Калиш С.В., Кладовикова О.В., Маев И.В., Малышев И.Ю.	86
Эффективность применения кетопрофена при остром подагрическом артрите Майко О.Ю.	87
Клинико-функциональное состояние миокарда и почек у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией и сахарным диабетом при терапии гиполипидемическими препаратами Максютова С.С., Муталова Э.Г., Максютова Л.Ф., Фрид С.А., Максютова А.Ф., Камалтдинова Г.Я., Кудрявцева И.В.	88
Особенности фармакологической коррекции гиперлипидемии у больных ишемической болезнью сердца на фоне острой респираторной вирусной инфекции Маль Г.С.	88
Лечение хеликобактериоза у больных сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с хронической гастродуоденальной патологией Мартынюк М.В., Федорченко Ю.Л.	89
Влияние антигипертензивной терапии на эластические свойства артерий Масленникова О.М.	89
Анализ извещений о нежелательных лекарственных реакциях антигипертензивных препаратов в Республике Крым в 2011–2016 гг. Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А.	90
Лабораторные предикторы преклинического поражения почек у больных подагрой Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н., Мишко М.Ю.	90

Роль артериальной ригидности на ранних этапах сердечно-сосудистого континуума Медведев И.В., Григоричева Е.А.	91
Изменение индивидуального восприятия времени на фоне вегетативно-сосудистого пароксизма и его купирования Михайлис А.А.	91
Диагностические проблемы мультивирусной инфекции при хронических заболеваниях печени Морозов И.А., Ильченко Л.Ю., Федюкина Е.С., Федоров И.Г., Кожанова Т.В., Соболева Н.В.	92
Диагностическая ценность нового неинвазивного фекального маркера липокалина-2 для диагностики язвенного колита Мухаметова Д.Д., Абдулганиева Д.И., Валеева И.Х., Одинцова А.Х.	93
Нарушения функции почек и углеводного обмена у перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом Мухетдинова Г.А., Артамонова И.В., Фазлыева Р.М., Мирсаева Г.Х., Макеева Г.К.	93
Саркопения при ревматоидном артрите: частота и клинические особенности Мясоедова С.Е., Рубцова О.А.	94
Влияние функциональных расстройств надпочечников на желудочно-кишечный тракт Назаретян Э.Е., Бегларян Н.Б.	94
Особенности анемии хронических заболеваний в терапевтическом стационаре Невская А.В., Акимова А.В., Кондрашова Е.В.	95
Динамика показателя депрессии у больных ревматоидным артритом под воздействием общей магнитотерапии Ненашева Н.В., Александров А.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.	95
Прогностическая значимость некоторых факторов риска в развитии рака легкого в городской популяции Никитенко Т.М., Щербакова Л.В., Веревкин Е.Г., Денисова Д.В., Рагино Ю.И., Войцицкий В.Е., Пятибратова А.В., Малютина С.К., Рымар О.Д.	96
Профпригодность работающих во вредных условиях труда при нарушениях ритма сердца Носов А.Е., Власова Е.М., Байдина А.С., Алексеев В.Б.	96
Изучение роли дислипидемии и ассоциированных метаболических нарушений в развитии факторов сердечно-сосудистого риска у лиц опасных профессий Ойроткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Дедов Е.И., Хромкова М.А., Лобанова Т.Н., Литвиненко А.А.	97
Оценка функциональных резервов организма у лиц опасных профессий Ойроткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Дедов Е.И., Бакшеев В.И., Хромкова М.А., Литвиненко А.А.	97
Влияние метаболических нарушений на клинические проявления остеоартроза и способ прогнозирования его течения Олейник М.А., Журавлева Л.В.	98
Вклад симптомов депрессии в динамику показателей качества жизни после стационарного лечения стабильной ишемической болезни сердца Орехова Ю.Н., Тер-Акопян А.О., Иванченко Д.Н., Ахвердиева М.К., Дорофеева Н.П.	98
Влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на состояние терминального кровотока в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишке у больных нестабильной стенокардией с гастродуоденальными эрозиями и язвами Осадчий В.А., Буканова Т.Ю., Быкова Н.И.	99
Терапия билиарного сладжа у больных с метаболическим синдромом Осадчук М.А., Киреева Н.В., Шорина Д.А., Лазарева А.Е.	99
Скорость клубочковой фильтрации у пациентов с ревматоидным артритом и факторы, влияющие на нее Отарова Ж.З., Елисеева Л.Н., Проселков Ю.Е.	100
Приверженность лечению у пациентов с коморбидной хронической обструктивной болезнью легких и ишемической болезнью сердца Павленко В.И., Нарышкина С.В.	100
Сочетание некомпактного миокарда левого желудочка и миокардита: клинико-морфологическая диагностика и влияние на прогноз Павленко Е.В., Благова О.В., Недоступ А.В., Седов В.П., Коган Е.А.	101
Эффективность лечения железодефицитной анемии: известная проблема и нерешенные вопросы Павлова В.Ю., Анешина И.И., Бойко Е.А., Затеева Т.Н.	101
Современные возможности диагностики интерстициального воспаления Павлова В.Ю., Анешина И.И., Затеева Т.Н.	102

Распространенность анемического синдрома среди населения города Кемерово Павлова В.Ю., Фомина Н.В.	103
Лабораторное обследование пациентов терапевтического профиля в условиях централизации лабораторной службы региона Панина А.А., Воронков А.А.	103
Остеопороз как нарушение костного ремоделирования у больных системной красной волчанкой Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Трофименко А.С.	104
Исследование метаболического профиля у женщин с синдромом поликистозных яичников Пеганова О.Н., Тугушев М.Т.	104
Вариабельность ритма сердца и пульсовое артериальное давление: возрастные и гендерные влияния Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П., Staessen J.A.	105
Возможные предикторы неблагоприятного прогноза при ревматических пороках сердца Петров В.С., Лопухов С.В., Рыжовская Е.В., Петров С.А.	106
Значение моторных нарушений билиарного тракта в формировании заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны Печерских М.В., Ефремова Л.И., Шаверская Э.Ш.	106
Распространенность инфекции <i>Helicobacter pylori</i> и ассоциированных с ней язвенной болезни и атрофического гастрита среди пациентов гастроэнтерологического профиля г. Тулы Плахова А.О., Никитина Е.С., Вайсман Д.Ш., Сороцкая В.Н.	107
Особенности локального кислотно-щелочного статуса у больных бронхиальной астмой разной степени тяжести Победенная Г.П., Ярцева С.В., Кострюкова Л.Н.	107
Частота выявления и характеристика амилоидных отложений в миокарде у пациентов с хронической сердечной недостаточностью старческого возраста и долгожителей Полякова А.А., Семернин Е.Н., Ситникова М.Ю., Авагян К.Л., Грозов Р.В., Пыко С.А., Крутиков А.Н., Давыдова В.Г., Хмельницкая К.А., Шавловский М.М., Коржевский Д.Э., Гудкова А.Я.	107
Возможности современной мукоактивной терапии в плане ведения пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Овсянников А.Г., Сидорев В.М.	108
Вероятность развития хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии у больных тромбоэмболией легочной артерии невысокого риска смерти с признаками перегрузки правых отделов сердца при поступлении в стационар Пронин А.Г., Валова О.А.	108
Особенности параметров артериальной жесткости при хронической болезни почек Райимжанов З.Р., Сабирова А.И., Реджапова Н.А., Муркамилов И.И., Сабиров И.С., Айтбаев К.А.	109
Анализ полиморфизма A1166C гена AGTR1 у больных с хронической сердечной недостаточностью Расулова З.Д., Камилова У.К., Бобоев К.Т., Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р., Джураева В.Х., Каримова Г.В.	109
Бальнеологическая коррекция гемореологических параметров на амбулаторном этапе медицинской реабилитации пациентов с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний Рахимкулов А.С., Горбунов Ф.Е., Борисова Н.А.	110
Печень как орган-мишень у больных с хронической сердечной недостаточностью Резник Е.В., Комиссарова М.С., Лазарев В.А., Гендлин Г.Е., Никитин И.Г.	110
Дисфункция эндотелия в поздний период после трансплантации почки Рогозина Л.А., Давыдкин И.Л., Парабина Е.В., Исхаков Э.Н.	111
Высокопроизводительное секвенирование как потенциал для утверждения новых тактик ведения пациента с синдромом Марфана Рудой А.С., Бова А.А., Урываев А.М.	111
Отдаленные последствия ремоделирования внеклеточного матрикса брюшной аорты крыс линии Вистар под влиянием прозерина Румянцев Е.Е., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г.	112
Клинические рекомендации по выполнению правил техники введения инсулина для больных сахарным диабетом 2-го типа пожилого и старческого возраста Рунова А.А., Шамова С.А., Жулина Н.И., Калининкова Л.А.	112

Оценка изменений кровообращения при проведении гравитационной терапии Рябов А.Е., Яшков А.В., Егорова Е.В., Кулагин Е.С., Шильева Н.В., Трусов Ю.А.	113
Анализ коморбидности у пациентов с циррозом печени Савельева Т.В., Пименов Л.Т., Эшмаков С.В.	113
Стресс-индуцированная артериальная гипертензия и факторы риска (клинико-эпидемиологическое исследование ведущих профессий железнодорожного транспорта Западной Сибири) Савицкая Е.Ю., Малютина С.К.	114
Оценка технологии диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения больных стенокардией Сайфутдинов Р.И., Назаров А.М., Бугрова О.В.	114
Взаимосвязь нарушений костного метаболизма с молекулами адгезии при ревматоидном артрите Саритхала В.Д., Корой П.В., Ягода А.В.	115
Сердечная ресинхронизирующая терапия у пациентов с некомпактной кардиомиопатией левого желудочка Свешников А.В., Воробьев А.С., Герашенко А.В., Проскурнова В.В.	115
Кардиоренальные и кардиометаболические параллели у лиц с ишемической болезнью сердца в процессе формирования потенциально жизнеспособного миокарда Семенов А.В., Семенова И.А., Бармина С.С.	116
Влияние возраста и пола больных Гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на изменение качества жизни в первый месяц после очередного обострения Семикина Т.М., Куницына М.А., Жукова Е.В.	116
Тромбоэмболия легочной артерии на фоне нефротического синдрома Сентякова Т.Н.	117
Исследование приверженности к лечению больных артериальной гипертензией Сергеева А.В., Ткачева А.В., Николаенко О.В.	117
Различия эффектов верапамила SR и амлодипина при лечении хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью Середа А.Ф., Канорский С.Г.	118
Связь полиморфизма генов, отвечающих за метаболизм липидов и оксида азота с острым повреждением почек у пациентов с инфарктом миокарда Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Федоров А.Н., Скородумова Е.Г.	119
Вариабельность артериального давления у женщин с коррегированной и некоррегированной артериальной гипертензией в перименопаузе Сидорова Н.В.	119
Гендерные особенности хронической болезни почек у лиц старческого возраста и долгожителей Сизов В.В., Чорбинская С.А.	120
Особенности течения плазмоклеточных дискразий: семейный случай Синельникова А.Н., Бахарева Ю.С.	120
Применение ортостатической пробы для прогнозирования развития артериальной гипертензии у лиц молодого возраста Склянная Е.В.	121
Частота встречаемости анемии, содержание железа и показатели сократительной способности миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью Смирнова М.П., Чижов П.А.	121
Результаты антиангинальной терапии комбинациями бисопролола, ивабрадина и триметазидина или ранолозина у пациентов пожилого и старческого возраста Смоленская Н.В., Канорский С.Г.	122
Сроки жизни больных, находившихся на программном и перитонеальном диализе в амурской области Смородина Е.И., Путинцев Д.В., Приходько О.Б., Агеенко А.А.	122
Комплаентность в оценке эффективности лечения больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста Соболева Н.И., Боева В.А.	123

Качество жизни как фактор определяющий тактику лечения больных с идиопатической желудочковой экстрасистолией Соколов А.В., Царегородцев Д.А., Недоступ А.В.	124
Сравнительные терапевтические и психологические аспекты истинной артериальной гипертензии и гипертензии «белого халата» Соколовская Е.А., Легконогов А.В.	124
К вопросу о поражении поджелудочной железы при метаболическом синдроме Соловьева А.В., Фоменко Н.П., Кодякова О.В., Жаркова С.Ю., Шурпо Е.М.	125
Изучение алгоритма диагностики хронической сердечной недостаточности у больных, госпитализированных в период сентябрь–октябрь 2016 г. в многопрофильный скоромощной стационар г. Москвы Спаский А.А., Еремина Ю.Н., Федулаев Ю.Н., Ломайчиков В.В., Каминер Д.Д.	125
Изучение эпидемиологии хронической сердечной недостаточности у больных, госпитализированных в 2016 г. в многопрофильный скоромощной стационар г. Москвы Спаский А.А., Еремина Ю.Н., Федулаев Ю.Н., Ломайчиков В.В., Каминер Д.Д.	126
Сравнение влияния различных комбинаций антигипертензивных препаратов на эластичность магистральных артерий и функциональное состояние почек у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.	127
Особенности корреляционных взаимосвязей между показателями функционального состояния почек и центрального аортального давления у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа Стаценко М.Е., Титаренко М.Н., Туркина С.В.	127
Влияние нарушений микроциркуляции на структурно-функциональное состояние печени у больных сахарным диабетом 2-го типа Стаценко М.Е., Туркина С.В., Косивцова М.А.	128
Возможности влияния триметазидина на микроциркуляцию и показатели жесткости магистральных артерий в комплексном лечении больных хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа Стаценко М.Е., Фабрицкая С.В.	128
Стеноз коронарных артерий и метаболический синдром при остром коронарном синдроме у мужчин Стрельникова М.В., Синеглазова А.В., Вялова Т.А., Сумеркина В.А.	128
Способ индивидуализации работы с психосоциальными факторами риска инфаркта миокарда Таратухин Е.О., Кудинова М.А., Шайдюк О.Ю.	129
Цитокиновый профиль сыворотки крови как интегральный маркер процессов саногенеза у реконвалесцентов внебольничной пневмонии Терехов И.В., Бондарь С.С., Аржников В.В.	129
Особенности анемического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от состояния функции почек Ткаченко Е.И., Боровкова Н.Ю., Звездочетова Н.А.	130
Фактор невроза опухоли-альфа и интерлейкин-6 в патогенезе анемического синдрома хронической сердечной недостаточности с поражением почек Ткаченко Е.И., Боровкова Н.Ю., Серопян М.Ю., Нистратова М.П., Бакка Т.Е.	130
Особенности сахарного диабета у больных ишемической болезнью сердца в старческом возрасте Тополянская С.В., Колонтай Т.М., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Балясникова Н.А., Калинин Г.А., Дворецкий Л.И.	131
Минеральная плотность костной ткани у больных старческого возраста с ишемической болезнью сердца Тополянская С.В., Осиповская И.А., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Балясникова Н.А., Калинин Г.А., Дворецкий Л.И.	132
Частота встречаемости симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни в зависимости от функционального класса сердечной недостаточности у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией Третьяков С.В.	132
Частота встречаемости неалкогольной жировой болезни печени при артериальной гипертензии в зависимости от возраста Третьяков С.В.	133
Удовлетворенность качеством жизни больных ревматоидным артритом в зависимости от наличия различных компонентов метаболического синдрома Трубникова Н.С., Шилова Л.Н., Хортиева С.С., Морозова Т.А., Королик О.Д.	133
Распространенность факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди студентов 1 курса медицинского университета Туровина Е.Ф., Гагина Т.А., Перетягина Н.Р.	134

Мониторинг variabilityности медико-физиологических показателей больных гипертонической болезнью, протекающей на фоне сахарного диабета 2-го типа Усков В.В.	134
Лечение сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа при условиях применения цитопротекторной и метаболической терапии Усков В.В.	135
Использование методов математической теории эксперимента в оптимизации лечения больных сахарным диабетом Усков В.М., Усков М.В., Маркова Е.В.	135
Применение моксонидина в лечении больных артериальной гипертензией, протекающей на фоне ожирения Усков В.М., Усков М.В., Маркова Е.В.	136
Поддержка принятия решений врача при диагностике опухолевых заболеваний тощей и подвздошной кишки Федоров Е.Д., Иванова Е.В., Раузина С.Е., Селезнев Д.Е., Будыкина А.В.	136
Состояние витамин D-обмена у эндокринологически здоровых пациенток с первичным бесплодием, проживающих в Рязани и Рязанской области Филатова Т.Е., Давыдов В.В., Низов А.А.	137
Оптимизация терапии сочетанной кардиальной патологии у лиц пожилого и старческого возраста с использованием электромагнитных излучений низкой интенсивности в контексте полиморбидности Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.	137
Трудности диагностики и лечения HLA-B27-ассоциированного спондилоартрита у пациента с множеством внескелетных проявлений заболевания Финоженко В.Г., Инамова О.В., Гайдукова И.З., Мазуров В.И.	137
Гастродуоденальные язвы, ассоциированные с приемом нестероидных противовоспалительных средств, и кальциевый дисбаланс Фомина Л.А.	138
Анализ заболеваемости инфекцией <i>C. difficile</i> в многопрофильном стационаре Хаммад Е.В., Никитин И.Г., Хаммад В.А., Шелковникова О.В., Федосова Н.Ф.	139
Ассоциация сывороточных уровней сурфактантного белка А и сурфактантного белка D с клиническими характеристиками у пациентов с внебольничной пневмонией Харламова О.С., Воевода М.И., Рагино Ю.И., Николаев К.Ю.	139
Показатели давления в легочной артерии у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких Хелимская И.В., Бондарь В.Г.	140
Взаимосвязь уровня системного воспаления, сатурации крови и давления в легочной артерии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой Хелимская И.В., Бондарь В.Г.	140
Артериальная гипертензия среди лиц с хронической абдоминальной болью и желудочно-кишечной диспепсией Хлынова О.В., Иванюк Е.С.	140
Микробиота кишечника и питание: философия взаимоотношений Хорошилов И.Е.	141
Опыт применения этилметилгидроксипиридина сукцината у пациентов с узловой эритемой в остром периоде Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.	141
Оценка параметров локальной ригидности общих сонных артерий как предиктора синдрома раннего сосудистого старения Хромова А.А., Саямова Л.И., Олейников В.Э.	142
Сердечно-сосудистые риски и хроническая болезнь почек у больных сахарным диабетом 2-го типа Цатурова К.Н., Волошинова Е.В., Лобанова О.С., Григорьева Е.В.	142
Встречаемость нарушения дыхания во сне у амбулаторных больных по данным анкетирования Чукаева И.И., Миронова Т.Н., Литвин А.Ю., Ларина В.Н.	143
Актуальные вопросы оценки степени дыхательной недостаточности в реальной клинической практике Шабанов Е.А., Маслова Т.А., Панфилов В.И., Журавель О.И.	144
Эффекты наружной контрпульсации у больных хронической ишемической болезнью сердца и обструктивным апноэ сна Шашенков И.В.	144

Возможность использования определения уровня цинка и его фракций в сыворотке крови при ранней диагностики хронической обструктивной болезни легких Шевцова В.И., Зуйкова А.А.	145
Состояние внешнесекреторной секреции поджелудочной железы у носителей вирусного гепатита Шелемов Е.Е., Неронов В.А., Чернышев А.Л., Каратаев С.Д., Гусятникова Е.А.	145
Современный подход к диагностике и лечению пациентов с запорами Шемеровский К.А.	146
Аутоиммунные и аутовоспалительные заболевания: диагностика и лечение Шилкина Н.П., Дряженкова И.В.	146
Анализ результатов 9-месячного наблюдения за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда с проведением экстренного чрескожного вмешательства Шиляева Н.В., Шукин Ю.В., Рябов А.Е., Дьячков В.А.	147
Нутритивно-метаболический статус при фенотипе хронической обструктивной болезни легких в сочетании с артериальной гипертензией Шлагин И.С., Поспелова Т.И., Шлагина Л.А., Герасименко О.Н., Сухатерина Н.А.	147
Особенности диагностики профессиональной хронической обструктивной болезни легких Шлагина Л.А., Котова О.С.	148
Факторы снижения приверженности к лечению у больных кардиологического профиля Шумова А.Л., Литвинова Н.И., Иванова Н.А., Никифоров С.А.	148
Проблемы диагностики тромбозмболии легочной артерии Щапова Н.Н., Арсеничева О.В., Куликов Ю.А., Кунявский Г.М., Кулешов Е.Б., Плеханова А.В., Аверьянов А.М.	149
Возможности использования мембранного плазмафереза в лечении пациентов с острым суставным синдромом Щемелева Е.В., Повзун А.С., Громов М.И.	150
Мультиморбидность у больных с острым коронарным синдромом Эфрос Л.А., Калев О.Ф., Жданова Е.А., Печенкина М.В.	150
Гендерно-возрастные различия в диабетической ретинопатии у больных с сахарным диабетом 1-го типа Эфрос Л.А., Калев О.Ф., Тюльганова В.Л., Ковригина Е.В.	151
Молекулярные механизмы сердечно-сосудистого ремоделирования при пролапсе митрального клапана: в поиске «идеального» маркера Ягода А.В., Гладких Н.Н., Зангелова Т.Э., Джазаева М.Б.	152
Изменения гуморального иммунитета у пациентов с бронхиальной астмой, сочетанной с ожирением Ярцева С.В., Победенная Г.П.	152
Новые возможности применения методов искусственного интеллекта в медицине: диагностика, прогнозирование и моделирование развития заболеваний сердечно-сосудистой системы Ясницкий Л.Н.	153
Длина теломер у больных стабильной стенокардией напряжения в различных возрастных группах Яхонтов Д.А., Останина Ю.О.	153

Конкурс молодых терапевтов

Влияние фиксированной комбинации периндоприла аргинина и индапамида на суточные показатели центрального аортального давления и артериальной жесткости у больных артериальной гипертензией в составе метаболического синдрома Андреева Л.А., Панченкова Л.А., Хамидова Х.А., Юркова Т.Е., Карнута Г.Г., Зиновьева С.Ю., Казанцева Е.Э., Медведева Л.А.	155
Клиническая и патофизиологическая характеристика перекрёста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких Белаш В.А., Миронова Ж.А., Трофимов В.И., Всеволодская Е.И., Зарайский М.И., Сазанов А.А., Улитина А.С.	155
Вторичный анкилозирующий спондилит у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника Белюсова Е.Н., Одинцова А.Х., Протопопов М.С., Абдулганиева Д.И.	156
Возможные пути коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных, находящихся на программном гемодиализе Белюсова И.С.	156
Вариабельность метаболических нарушений у хакасов и европеоидов с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями Берсенёва О.А., Агеева Е.С.	157
Скрытая проблема: сердечно-сосудистый риск и поражение почек у пациентов дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты Бичурина Д.М., Гайдуква И.З., Ребров А.П.	158
Оценка тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний среди учащейся молодежи Веселковский В.А., Кулева А.А., Кулешов Б.А., Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.	158
Влияние Афобазола на функциональную активность ABCB1-белка Гацаного М.В., Черных И.В., Щулькин А.В., Якушева Е.Н.	159
Нарушение реологических свойств эритроцитов у больных волчаночным нефритом с выраженной анемией Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Соколова И.А., Мухин Н.А.	156
Экстрасистолическая аритмия как причина вторичной гемодинамической артериальной гипертензии Германова О.А.	160
Ремоделирование церебральных артерий при экспериментальном табакокурении и возможности фармакологической коррекции Гончар Е.Ю., Невзорова В.А.	161
Особенности функции почек и уродинамики у больных хронической подагрой по данным комплексной реносцинтиграфии Громова М.А., Цурко В.В., Кашкадаева А.В., Аверинова С.Г., Ширяев С.В., Алехин А.П.	161
Особенности медико-социальных факторов, выявленных при повозрастной диспансеризации городского населения крупного промышленного центра в первичном звене здравоохранения Жилиева Т.П.	162
Исследование ассоциации новых молекулярно-генетических маркеров внезапной сердечной смерти, выявленных методом секвенирования следующего поколения в зарубежном исследовании, с внезапной сердечной смертью в российской популяции Иванова А.А., Максимов В.Н., Малютина С.К., Савченко С.В., Новоселов В.П., Воевода М.И.	163
Полиморбидность и гериатрические синдромы как факторы неприверженности лечению при сердечной недостаточности Карпенко Д.Г., Чукаева И.И., Ларина В.Н.	163
Влияние стеноза почечных артерий в комплексе с другими факторами на риск развития сосудистых событий у пациентов с острым коронарным синдромом Кобзева Н.Д.	164
Взаимосвязь стеноза почечных артерий с факторами сердечно-сосудистого риска и показателями почечной функции у пациентов с острым коронарным синдромом Кобзева Н.Д., Терентьев В.П., Батюшин М.М.	164
Психоземональное состояние больных нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда на фоне госпитальной реабилитации и после выписки из стационара Коробова В.Н., Михин В.П.	165
Эргорефлекс у больных хронической обструктивной болезнью легких Косяков А.В., Абросимов В.Н.	165
Новая шкала для прогнозирования осложнений у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии промежуточного риска Кочмарева Е.А., Кокорин В.А., Волкова А.Л., Русина В.А., Гордеев И.Г.	166

Оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции учащейся молодежи Кулёва А.А., Веселковский В.А., Кулешов Б.А., Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.	167
Оценка коморбидности у больных острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа Лебедева О.К., Кухарчик Г.А., Сорокин Л.А.	167
Оценка адаптационных физиологических изменений сердечно-сосудистой системы человека при длительном непрерывном пребывании в гипоксической газовой среде Любимов А.В., Безкицкий Э.Н., Иванов А.О., Шахнович П.Г., Черкашин Д.В.	168
Пиелонефрит в диабетологии – особенности функционального состояния почек Медведева Е.В.	169
Цистатин С и нефро-церебральный риск Муркамилов И.Т., Айтбаев К.А., Фомин В.В.	169
Влияние острого повреждения почек на смертельные исходы больных с инфарктом миокарда Николаева М.А., Арюхова А.Н., Каган Л.А., Ильина А.С.	170
Значение ремоделирования миокарда левого желудочка в изменении регуляции пейсмекерной активности синусового узла сердца у пациентов с сахарным диабетом Нуждина Е.В., Давыдова Е.В.	170
Феномен генетического прогнозирования в родословной пациентов с HNF1A (MODY 3) диабетом Овсянникова А.К., Рымар О.Д., Шахтштейндер Е.В., Воевода М.И.	171
Инфаркт миокарда в молодом возрасте Панфилов Ю.А., Рудакова М.Н.	172
Взаимосвязь нарушений эндотелийзависимой вазодилатации и особенностей психологического статуса у больных с микрососудистой стенокардией Петрова В.Б., Болдуева С.А.	172
Эффективность реабилитации с включением аэробных физических нагрузок у больных ревматоидным артритом Полтырева Е.С., Мясова С.Е.	173
Частота выявления и характеристика амилоидных отложений в миокарде у пациентов с хронической сердечной недостаточностью старческого возраста и долгожителей Полякова А.А., Семернин Е.Н., Ситникова М.Ю., Авагян К.Л., Грозов Р.В., Пыко С.А., Крутиков А.Н., Давыдова В.Г., Хмельницкая К.А., Шавловский М.М., Коржевский Д.Э., Гудкова А.Я.	174
Сравнительная оценка эффекта комбинации лозартана и аторвастатина/розувастатина на метаболизм мочевой кислоты у больных мужчин среднего возраста с метаболическим синдромом и бессимптомной гиперурикемией Помогайбо Б.В.	174
Оценка приверженности к лечению больных бронхиальной астмой в зависимости от тяжести течения заболевания Разживина И.А., Березина Н.А., Вахламов В.А.	175
Оценка качества жизни пациентов с хронической болезнью почек, получающих заместительную почечную терапию Уткина Е.И., Шумакова В.А., Урсова Е.В.	175
Особенности состояния почек у пациентов со спондилоартритами на фоне различных режимов противовоспалительной терапии Хондьярян Э.В., Гайдук И.З., Апаркина А.В., Ребров А.П.	176
Полиморфизм генов синтазы оксида азота у больных с сочетанием бронхиальной астмы и гипертонической болезни Шаханов А.В., Урясьев О.М.	177
Роль процессов ремоделирования сердца при формировании хронической тромбоэмболической легочной гипертензии Шеменкова В.С., Шостак Н.А., Клименко А.А., Котова Д.П., Богданова А.А.	177
Динамика морфофункциональных параметров крыс при моделировании хронической сердечной недостаточности, в том числе при введении омега-3 полиненасыщенных жирных кислот Шперлинг М.И., Теркин Д.А., Власов А.А., Саликова С.П., Гриневич В.Б., Бугаев П.А.	178
Значение полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 и клиническая эффективность Бисопролола в лечении пациентов с острым коронарным синдромом Шумков В.А., Загородникова К.А., Болдуева С.А.	179

**Сборник тезисов
XII Национального конгресса терапевтов**

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

Сдано в набор 01.11.2017. Подписано в печать 7.11.2017. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

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

→ Наши услуги:

Организация специализированных медицинских конференций, симпозиумов, форумов «под ключ»

- Увеличение числа участников
- Привлечение спонсоров и экспонентов
- Подготовка бюджета мероприятия
- Организация работы на площадке
- Современное техническое оснащение мероприятия
- Разработка сайта с системой регистрации и подачи тезисов, возможностью различных вариантов оплаты
- Создание фирменного стиля мероприятия
- Разработка дизайна и выпуск печатной продукции
- Маркетинг и PR-мероприятия
- Организация кофе-брейков и торжественных мероприятий
- Туристическое сопровождение делегатов и спикеров
- Конгресс-туризм
- Контроль качества и отчетность на каждом этапе подготовки и реализации мероприятия

Организация образовательных программ, повышающих квалификацию и профессиональный уровень специалистов в области здравоохранения, совместно с ведущими и отечественными лидерами мнений

Менеджмент ассоциаций, консалтинговые услуги

Web service

Издание научной медицинской литературы

→ Мы создаем единое коммуникационное пространство, способствующее:

- Профессиональному развитию врачей
- Активному внедрению новых продуктов, инновационных технологий
- Эффективному взаимодействию научного, медицинского и фармацевтического сообществ

→ Более 20 лет на рынке

- Более 200 организованных мероприятий – конгрессы, форумы, съезды, конференции, научно-практические школы
- Широкая география проведенных мероприятий – более 60 городов России
- Масштаб мероприятий – от 50 до 10 000 делегатов
- Более 100 000 делегатов из России, стран СНГ, Европы, Азии и США
- Опыт проведения европейских мероприятий



НОВИНКА!

ФЛИКСОНАЗЕ

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО
РИНИТА¹**



При одном применении в сутки устраняет основные симптомы аллергического ринита (назальные и глазные):^{2,3}

- Заложенность носа
- Чихание
- Зуд в глазах⁴
- Насморк
- Зуд в носу
- Слезотечение

Положительный профиль безопасности: абсолютная пероральная биодоступность менее 1%

Разрешен к применению детям с 4х лет

АО «ГлаксосмитКляйн Хелскер», РФ, 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10, +7 (495) 777-98-50.

¹Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом, 2014 год. ²Инструкция по медицинскому применению препарата, РУ ПН015682/01 от 08.04.2009. ³Аллергология и иммунология: национальное руководство/ под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной, 2009, с 396-406. ⁴Типичный глазной симптом, связанный с аллергическим ринитом.

CHRUS/CHFLX/0003/16e *Новая упаковка с февраля 2017 г. Товарный знак принадлежит или используется группой компаний ГлаксосмитКляйн.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

