

развитии и прогрессировании заболевания. В частности Courivaud C. (2013) показал, что ЦМВ – фактор значимых событий кардиоваскулярного риска у больных с ТПН после трансплантации почки [5]. Наличие ЦМВ сопровождается опосредованным воздействием на сосудистую стенку через воспаление и стимуляцию иммунного ответа. Реактивация агента может ускорить атеросклеротический процесс путем увеличения тканевой инвазии за счет пролиферации и миграции гладкомышечных клеток [6,7]. При этом как предтрансплантационная экспозиция ЦМВ, так и репликация ЦМВ после трансплантации способствует возникновению ССЗ за счет прогрессирования атеросклеротического поражения.

Выводы. Экспозиция ЦМВ наряду с основными кардиоваскулярными предикторами может способствовать увеличению риска атерогенеза у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, что ухудшает дальнейший прогноз данной когорты больных.

Список литературы

1. Вавилова Т.П., Мордик А.И., Пушкина А.В. Эпидемиологический анализ пациентов пожилого возраста с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении программным гемодиализом в амбулаторном (внестационарном) центре гемодиализа. Клиническая геронтология, 2004. - 12. - С.71-74.
2. Blanca, L. Cardiovascular risk in recipients with kidney transplants from expanded criteria donors / L. Blanca, T. Jiménez, M. Cabello et al. // *Transplant Proc.* – 2012. - 44(9). – P.2579-81.
3. Carpenter, MA. Inadequacy of cardiovascular risk factor management in chronic kidney transplantation - evidence from the FAVORIT study/ M.A. Carpenter, M.R. Weir, D.B. Adey // *Clin Transplant.* – 2012. - 26(4). - E438-46.
4. Svensson, M. Prevention of cardiovascular disease after renal transplantation / M. Svensson, A. Jardine, B. Fellström, H. Holdaas // *Curr Opin Organ Transplant.* 2012. - 17(4). - P.393-400.
5. Courivaud, C. Cytomegalovirus exposure and cardiovascular disease in kidney transplant recipients / C. Courivaud, J. Bamoulid, J.M. Chalopin et al. // *J Infect Dis.* – 2013.- 207(10). – P.1569- 75.
6. Epstein, S.E. Insights into the role of infection in atherogenesis and in plaque rupture / S.E. Epstein, J. Zhu, A.H. Najafi, M.S. Burnett // *Circulation* 2009. – 119. – P. 3133–41.
7. Janda, K. Influence of elevated homocystein level and selected lipid parameters in kidney transplant patients on the progression of atherosclerotic changes assessed by intima-media thickness index (CCA-IMT) / K. Janda, D. Aksamit, M. Drozd et al. // *Przegl Lek.* – 2012. - 69(9). – P. 670-4.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А.О.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Самара

Фибрилляция предсердий (ФП) является распространенным нарушением ритма во врачебной практике, при этом частота встречаемости значительно увеличивается с возрастом [3,4]. Развитие фибрилляции предсердий (ФП) ассоциируется со значительным увеличением риска развития тромбоземболических осложнений, из которых наиболее частым является инсульт [1]. Данное осложнение чаще всего связано с тромбоземболией в церебральные артерии, источником которых является тромбоз ушка левого предсердия (УЛП) [2,4]. В настоящее время актуальным представляется поиск новых гемодинамических и гемостазиологических предикторов развития инсульта у больных с ФП.

Цель исследования.

Выявить гемодинамические и гемостазиологические показатели, ассоциированные с развитием инсульта у больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования.

Работа выполнена на базе кафедры и клиники пропедевтической терапии Самарского государственного медицинского университета. В исследование включен 91 пациент с ИБС и постоянной формой ФП, из них 50 мужчин и 41 женщина (средний возраст 62 ± 7.6 лет). Критериями включения являлось наличие у пациентов ишемической болезни сердца и постоянной формы ФП, а также информированного согласия на участие в исследовании.

Пациенты были разделены на две группы: 11 человек с наличием инсульта в анамнезе и 80 человек без него в анамнезе (Табл.1).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с фибрилляцией предсердий, М±δ

Показатель		Группа	Пациенты с ИИ в анамнезе (N = 11)	Пациенты без ИИ в анамнезе (N = 80)	p
Пол мужской/женский (человек/%)			7(63,6%)/4(36,4%)	43(54%)/37(46%)	0,5
Средний возраст, лет			63±10,1	61,8±7,1	0,4
Длительность ФП, лет			1,4±0,7	1,9±0,5	0,3
Инфаркт миокарда в анамнезе (человек/%)			2(18%)	15(19%)	0,2
ХСН (человек/%)	I стадия		2(18%)	15(19%)	0,1
	IIA стадия		9(82%)	65(81%)	0,2
Средний ФК ХСН			2,0±0,6	1,9±0,5	0,4
Артериальная гипертензия (человек/%)			5(46%)	39(49%)	0,4
CHA ₂ DS ₂ VASC. средняя категория риска (1-средний риск, 2- высокий риск)			2,0±0	1,5±0,5	0,01

Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности ФП, наличию инфаркта миокарда в анамнезе, стадии и ФК ХСН, по частоте встречаемости гипертонической болезни. В то же время, все пациенты с перенесенным инсультом относились к категории высокого риска по шкале CHA₂DS₂VASC. Средняя категория риска развития инсульта у этих пациентов была на 25% выше, по сравнению с пациентами без перенесенного ИИ (p=0,01).

Всем пациентам проводилась трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, исследовались показатели гемостаза: фибриноген, активируемый тромбином ингибитор фибринолиза (АТИФ), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), АДФ- и коллаген индуцированная агрегация тромбоцитов. Эхокардиография выполнялась на аппаратах Logiq – 5;7 (США) в М-, В- и D-режимах. Чреспищеводная эхокардиография выполнялась по стандартной методике на аппарате SIEMENS Acuson Cypress (Германия).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1 (StatSoft inc). Количественные показатели представлялись в виде средних значений (М) и стандартного отклонения (δ). Для оценки достоверности различий между независимыми группами использовали критерий U Манна – Уитни. При расчете отношения шансов для показателей, включенных в исследование, использовали бинарный логистический регрессионный анализ.

Полученные результаты.

При анализе гемодинамических показателей по данным трансторакальной и чреспищеводной ЭхоКГ, тромбоз УЛП у больных с перенесенным инсультом встречался на 47% чаще, чем у больных без него в анамнезе (p=0,01). У больных с перенесенным инсультом средняя степень феномена спонтанного эхоконтрастирования (СЭК) была на 26% выше (p=0,03), а максимальная скорость изгнания крови из УЛП (ПСК) – на 34% ниже (p=0,04), по сравнению с больными без него в анамнезе.

Средний уровень АТИФ у больных с перенесенным инсультом превышал норму и оказался на 34% выше, по сравнению с больными без него в анамнезе (p=0,009). РФМК в обеих группах оказались выше нормы, однако у больных с перенесенным инсультом их величина была на 26% выше, по сравнению с больными без него в анамнезе (p=0,02) (Табл.2).

Таблица 2

Показатели системы гемостаза у больных с ФП, М±δ

Показатель		Группа	Пациенты с перенесенным ИИ (n = 11)	Пациенты без перенесенного ИИ (n = 80)	p
АТИФ, %			286,2± 107,7	189±60,1	0,009
РФМК, мг%			13,6±3,1	10±3,6	0,02

При проведении однофакторного регрессионного анализа наибольшее отношение шансов (ОШ) было выявлено для значения ПСК менее 30 см/с, АТИФ более 218% и тромбоз УЛП (Рисунок 1).

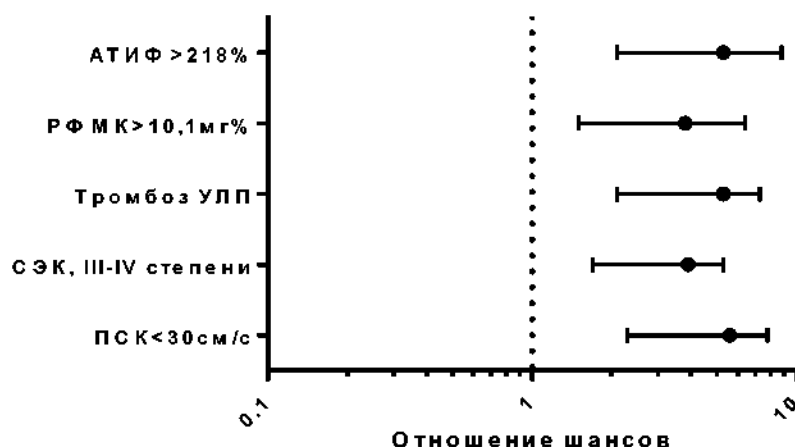


Рис.1. Результаты однофакторного регрессионного анализа.

При проведении многофакторного регрессионного анализа для всех показателей отмечалось уменьшение отношений шансов, при этом уровень р для РФМК более 10.1мг% стал недостоверным.

Результаты множественного регрессионного анализа представлены на Рисунке 2.

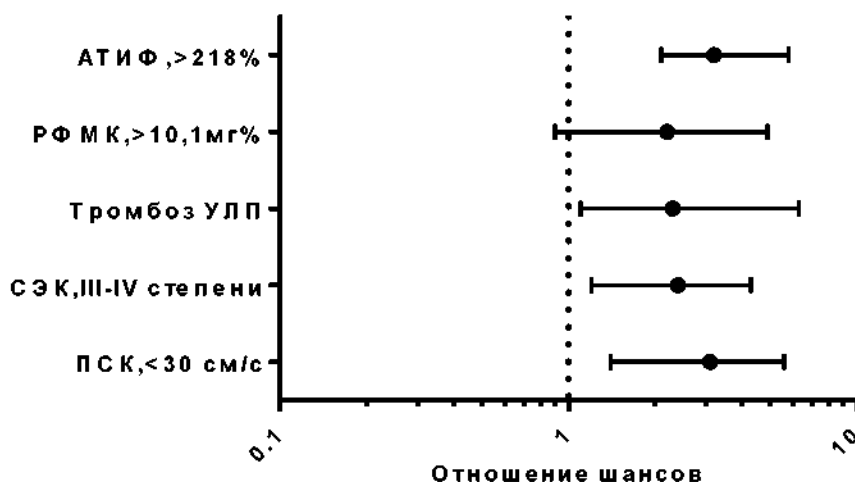


Рис.2. Результаты множественного регрессионного анализа.

Заключение.

В ходе исследования было выявлено, что независимыми предикторами развития инсульта у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий, является снижение максимальной скорости изгнания крови из ушка левого предсердия менее 30 см/с, наличие высоких градаций феномена спонтанного эхоконтрастирования и тромбоза ушка левого предсердия, повышение уровня активированного тромбином ингибитора фибринолиза более 218%.

Список литературы

1. Затейщиков, Д.А. Тромбозы и анти тромботическая терапии при аритмиях / Д.А. Затейщиков, И.В. Зотова, Е.Н. Данковцева, Б.А. Сидоренко. - М., 2011. - 264 с.
2. Панченко, Е.П. Анти тромботическая терапия у больных со стабильными проявлениями атеромбоза / Е.П. Панченко, И.С. Явелов, Н.А. Гранцианский // Национальные клинические рекомендации. - Москва, 2011. С. 297-328.

3. Рубаненко, О.А. Клиническая характеристика пациентов пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий / О.А. Рубаненко, О.В. Фатенков, Н.А. Кириченко, С.М. Хохлунов, Д.В. Дупляков // В сборнике: Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии. Сборник научных трудов под редакцией Г.П. Котельникова, Н.О. Захаровой. Самара, 2015. С. 324-326.
4. Сулимов, В.А. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК и ВНОА / В.А. Сулимов, С.П. Голицын, Е.П. Панченко с соавт. – Москва. 2012. – 108 с.

СЕКЦИЯ №15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

СЕКЦИЯ №16.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

СЕКЦИЯ №17.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)

НОВОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО И СПОСОБ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТАТУАЖНОЙ КРАСКИ ИЗ КОЖИ

Ураков А.Л., Габдрахманова Л.Д.

Ижевская государственная медицинская академия

Среди большого числа известных лекарственных и санитарно-гигиенических средств выявлены средства, оптимизирующие удаление татуажной краски из кожи с целью отбеливания татуировок. Разработан оптимальный состав первого отбеливателя татуировок. Средство представляет собой водный изотонический субщелочной раствор натрия хлорида и бикарбоната натрия. Предложена биологическая модель для выполнения татуировок и экспресс оценки отбеливающей и моющей активности средств. Изобретена новая технология удаления краски из кожи с целью отбеливания татуировок.

Ключевые слова: Татуировка, отбеливатели кожи, косметология.

В настоящее время в дерматокосметологии используется большое количество средств и процедур для удаления инородных веществ и татуажной краски из кожи с целью ее обесцвечивания. Самый распространенный способ обесцвечивания кожи в области татуировок основан на ее термическом выжигании с помощью лазера с инфракрасным излучением [1]. Однако термическое выведение татуировок сопровождается ожогами кожи и ее воспалением. При этом внутрикожные инъекции татуажной краски также вызывают ее раздражение и воспаление, поскольку даже инъекции лекарств могут стать причиной появления постинъекционных кровоподтеков, абсцессов и инъекционной болезни кожи [2,5,6].

К сожалению, эффективное медикаментозное отбеливание кожи и иных мягких тканей в области кровоподтеков и татуировок до сих пор остается нерешенной задачей для фармации и фармакологии. Известно лишь о том, что повлиять на цвет кожи в области кровоподтеков и татуировок можно термически (с помощью локального тепла и холода) и химически (с помощью локального применения кислот и щелочей) [3,4].

Последние достижения физико-химической фармакологии убеждают нас в том, что задача медикаментозного обесцвечивания кожи в области татуировок может быть вскоре решена.

Нами в лабораторных условиях проведены исследования по изучению возможностей медикаментозного отбеливания татуировок после инъекционного введения черной и красной татуажной краски в кожу свиньи. Опыты проведены на жизнеспособных изолированных сегментах передней брюшной стенки 5 взрослых свиней. Краска вводилась в кожу в татуажном кабинете по обычной технологии.

Первоначально нами была разработана биологическая модель татуировок, которая позволила нам безопасно и эффективно выполнить экспериментальные исследования в лабораторных условиях. Для этого мы остановили свой выбор на только что иссеченных сегментах передней брюшной стенки взрослых свиней. Полученные результаты показали, что наша модель легко транспортабельна, безопасна и информативна.