

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Представительство Президента РФ в Приволжском
федеральном округе России
Министерство здравоохранения Республики Мордовия
ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической
медицины Минздрава России
Мордовское республиканское общество врачей- терапевтов
Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»



III МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ

28-29 НОЯБРЯ 2017 Г
Г. САРАНСК

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Кардиоваскулярная терапия и профилактика
Дополнительный выпуск (ноябрь) 2017

ПИТЬЕВЫЕ ВОДЫ В ПОЛЯРНЫХ ФИЗИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Абдулкадырова С.О., Хасаев А. Гаджиев Г.Э., Алиева Д.З., Зобова Н.С.

Дагестанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной
терапии №1, г. Махачкала, Россия.

Актуальность проблемы. Основой современных методов профилактики ССЗ является воздействие на алиментарные факторы (АФ) т.е. на количество и состав пищевых продуктов. Прессорный эффект пищевой соли обусловлен воздействием ионов натрия. Количество натрия, которое поступает с натуральными пищевыми продуктами, незначительно и эквивалентно всего 3-5 г. пищевой соли и не достаточно для получения прессорного эффекта. Установлено, что не все лица, в организм которых поступает избыточное количество натрия, заболевают артериальной гипертонией. Людей, у которых под влиянием избыточного количества хлорида натрия повышается АД, называют «солечувствительными». Установлено, что развитие экспериментальной гипертонии тормозится насыщением рациона животных кальцием. Отмечен также небольшой гипотензивный эффект обогащения диеты человека кальцием. Имеются данные и о гипотензивном влиянии алиментарного магния. Способно ли то количество натрия и других элементов, которое поступает в организм человека с питьевой водой и продуктами, выращенными в регионе проживания, отразиться существенным образом на минеральном балансе организма и способствовать развитию ССЗ?

Целью нашего исследования было выяснить влияние химического состава питьевых вод на минеральный гомеостазис организма, заболеваемость и смертность населения от ССЗ.

Материалы и методы исследования. Выбор места и методов массового обследования населения. Прикаспийская низменность и Высокогорный Дагестан по экологическим параметрам являются полярными. Для изучения заболеваемости и смертности населения от БСК был систематизирован статистический материал Министерства Здравоохранения (МЗ) РД за 10 лет (1999-2008).

Результаты. Исследования показали, что речные воды Высокогорного Дагестана слабо минерализованы и по химическому составу являются гидрокарбонатно-сульфатными-кальциево-магниевыми-натриевыми. Соотношение ионов в водах Высокогорного Дагестана могут быть выражены так: для анионов $\text{HCO}_3^- > \text{SO}_4 > \text{Cl}^-$ и для катионов $\text{Ca} > \text{Mg} > \text{Na}$. Такое соотношение вполне отвечает условиям их генеза. Анализ вод Низменного Дагестана показывает наличие значительных различий в общей минерализации. Общей особенностью вод артезианских скважин этого региона является их повышенная минерализация и резкое преобладание натрия над другими катионами. По химическому составу воды этого региона классифицируются как гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-хлоридные. Соотношение основных ионов $\text{HCO}_3^- > \text{SO}_4 > \text{Cl}^-$ для анионов и $\text{Na} > \text{Ca} > \text{K} > \text{Mg}$ для катионов.

Выводы. Распространённость АГ имеет положительную функциональную связь высокой степени с содержанием в питьевых водах ионов натрия, хлора, сульфатов и отрицательную функциональную связь с содержанием в питьевых водах ионов кальция и гидрокарбонатов. Заболеваемость населения ЦВЗ в трудоспособном возрасте имеет положительную функциональную связь с содержанием в питьевых водах ионов хлора и отрицательную связь с содержанием кальция.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

*Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Алиахунова М.Ю., Турсунбаев А.К., Шукуров У.М.,
Закирова Д.К.*

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

Цель – изучение эффективности комплексного лечения остеопороза(ОП) у женщин с эстрогендефицитным состоянием.

Материал и методы. Женщин с климактерическим синдромом (КС) и ОП разделили на 2 идентичные группы(возраст до 60 лет, клинические проявления, длительность климактерического периода) по 30 человек. Пациентки I группы получали менопаузальную гормональную терапию(МГТ) – Фемостон (1/10, 2/10 или 1/5, Abbott), а пациентки II группы – на фоне МГТ – Кальмазин(ООО «Vitamore», Узбекистан) по 1 таблетке 1 раз в день во время ужина. До лечения и в течение 6 месяцев проводили необходимые клинические, лабораторные, инструментальные исследования(половые гормоны, липиды, показатели свертываемости, содержание кальция в крови, рентген-денситометрия(DEXXUM-T, Южная Корея), при необходимости – консультации специалистов.

Результаты. У обследованных наблюдали повышение экскреции кальция с мочой, снижение его всасывания в кишечнике, недостаточное поступление кальция в костную ткань. Причиной ОП чаще были хроническая недостаточность кальция, снижение адсорбции кальция в кишечнике, гиподинамия. В конце наблюдения пациентки 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, наступала раньше у пациенток II группы. У них также скорее восстановилась трудоспособность и качество жизни. Активная МГТ в комплексе с Кальмазин помогает не только задержать развитие ОП, но и облегчала прирост костной ткани. При одновременном приеме Кальмазина, в состав которого входят кальция цитрат, магния оксид, витамин D3 (холекальциферол) и цинка оксид, эффективность МГТ существенно повысилась. Активный кальций участвует в необходимых процессах сразу, как только концентрация ионов кальция в межклеточной жидкости и плазме снизится ниже нормы. При этом глютаминовая кислота, которая также входит в состав Кальмазин, способствует повышению устойчивости организма к гипоксии, улучшает метаболизм, стимулирует окислительно-восстановительные процессы и обмен белков, нормализует обмен веществ, улучшает функциональное состояние нервной и эндокринной систем. Результаты подтверждались данными лабораторно-инструментальных методов исследования. Применение комплекса МГТ+Кальмазин предупреждало возможность передозировки кальция в крови и связанных с этим побочных эффектов, поддерживало концентрацию кальция в необходимых пределах, что является одним из ведущих факторов профилактики и лечения ОП у женщин с КС. Лечение пациентки переносили хорошо, случаев отмены не было.

Вывод. Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать применение комплекса МГТ+Кальмазин для профилактики и лечения ОП у женщин с эстрогендефицитным состоянием.

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ АСПИРИНА

*Александровский А.А., Лешанкина Н.Ю., Столярова В.В.,
Селезнева Н.М., Гераськин А.Е.*

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Россия

Цель работы. Изучить современные российские и международные публикации по теме и обосновать индивидуализированное назначение аспирина.

Материалы и методы. Проведен поиск и анализ русско- и англоязычных материалов в печатных изданиях и в интернет на сайтах Минздрава РФ, Российского общества кардиологов, Европейского общества кардиологов, Американской кардиологической ассоциации и др., в базах данных e-library, Pub Med, Medline и т.п. Кроме того, работа основана на некоторых результатах, полученных авторами ранее.

Результаты и их обсуждение. Возраст аспирина более 100 лет, но потребность в нем не уменьшается. В Рекомендациях Российского общества кардиологов, поддержанных Минздравом РФ, указано, что ацетилсалициловая кислота обладает доказанным положительным влиянием на летальность и частоту повторного ИМ и инсульта, начиная с ранних сроков заболевания. Больным ИБС рекомендуется пожизненная терапия аспирином в низких дозах. Его роль в первичной профилактике менее ясна. Установлено, что он не безвреден и даже его низкие дозы значительно чаще по сравнению с плацебо вызывают желудочно-кишечных кровотечения. Аспирин уменьшает частоту ишемических, но увеличивает число геморрагических инсультов. Известно, что у 52% пожилых больных констатируется сочетание язвенной болезни и ИБС. Это создает проблему при выборе лечения. Атипичность клинической картины может быть у 70% таких пациентов, в том числе безболевого течения или нехарактерная локализация стенокардитической боли. До 30% случаев инфаркта миокарда сопровождаются клинически значимыми желудочно-кишечными кровотечениями с летальностью до 50—80% (гастроинтестинальный синдром Василенко). В настоящее время в медицинской информационной среде вместо классического «Прежде всего не навреди» внедряется новый тезис: «Полезность лечения превышает риск осложнений». Указанный критерий представляется и спорным, и опасным. Специальный анализ исследований по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний показал, что при назначении аспирина лицам с низким риском ИБС вероятность неблагоприятного эффекта лечения перевешивает его пользу, но по мере возрастания угрозы ИБС до 6–10 % и более за 10 лет польза терапии аспирином перевешивает возможный вред. При вторичной профилактике соотношение эффективности и безопасности аспирина превосходит аналогичный показатель для первичной профилактики. Фирма Байер выделяет свыше 30 побочных эффектов аспирина, требующих немедленной консультации лечащего врача.

Выводы. Аспирин распространенный и необходимый препарат для профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Но из-за реальной опасности тяжелых осложнений его назначение должно быть не массовым, а строго индивидуализированным после соответствующего обсуждения с больным «за» и «против».

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАЩИТА СЕРДЦА – РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ МИФОТВОРЧЕСТВО?

Байкина А.А.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Россия

Алкогольный анамнез исчисляется тысячелетиями. К настоящему времени накоплен огромный библиографический баланс по затронутой теме, но споры о том, что перевешивает - вред или польза алкоголя – продолжаются.

Цель работы изучить современные российские и международные публикации по названной теме и сформулировать обоснованное заключение о реальных последствиях употребления алкогольных напитков.

Материалы и методы. Проведен поиск русско- и англоязычных материалов в печатных изданиях и в интернет на сайтах Минздрава РФ, Российского общества кардиологов, Европейского общества кардиологов, Американской кардиологической ассоциации и др., в базах данных e-library, PubMed, Medline и т.п. С этой же целью

использованы также библиографические ссылки в статьях. Кроме того, работа основана на некоторых результатах, полученных ранее.

Результаты и их обсуждение. Распространенность спиртных напитков среди российской популяции довольно большая. Пьют по 50-150 мл крепких напитков 1-2 раза в месяц примерно 80-84% населения – это «умеренно пьющие». Злоупотребляют алкоголем 10-11%, доля алкоголиков 4-5%. И столько же – 4-5 % россиян - абсолютные трезвенники (по религиозным, медицинским или нравственным причинам. Средний возраст начала употребления алкогольных напитков в 35 европейских странах составляет 12,3 года среди мальчиков и 12,9 года среди девочек. Прием алкоголя во время беременности отмечается в Ирландии (60%), Беларуси (47%), Дании (46%), Великобритании (41%) и Российской Федерации (37%). Количество алкоголя более 8 л в год на человека способствует развитию алкогольных висцеропатий, к которым относятся: кардиопатия, гепатоз, цирроз, энцефалопатия, панкреатит, нефропатия, артериальная гипертензия, слабоумие, рак молочной железы, рак верхних отделов пищеварительного тракта, колоректальный рак, рак печени и др. И тем не менее, во многих публикациях отмечается положительное влияние малых доз алкоголя на заболеваемость и смертность и это связано с улучшением прогноза более двадцати различных заболеваний. К большому сожалению, даже в национальных рекомендациях вместо категоричного полного запрета алкоголя рекомендуется лишь его ограничение. И только последние Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (EACPR) (2016) дают приемлемое для врача заключение: прием алкоголя связан с множеством рисков для здоровья, которые явно перевешивают потенциальные выгоды.

Выводы: Риск для здоровья увеличивается за счет приема любого количества спиртного на регулярной основе. Люди должны избегать выпивки. Повреждение мозга начинается с первой рюмки. Безвредных доз не существует. Каждая порция алкоголя, принятая человеком, оставляет в его организме необратимые повреждения, которые накапливаются с увеличением суммарного количества, выпитого в течение всей его жизни.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Балыкова Л.А.¹, Ивянский С.А.¹, Широкова А.А.¹, Варлашина К.А.¹, Солдатов О.М.², Баранова Ю.В.¹

¹ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П.Огарева», Саранск, Россия

²ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница».

Повышение артериального давления (АД) представляет серьезную проблему, как у детей и подростков, занимающихся спортом, так и в общей педиатрической популяции. До настоящего времени подходы к диагностике артериальной гипертензии (АГ) у спортсменов дискутируются.

Цель разработать нормативы диагностики и стратификации риска АГ у детей-спортсменов с использованием методов суточного мониторинга АД (СМАД) и пробы с дозированной физической нагрузкой (ФН).

Методы исследования. Обследовано 87 атлетов 11-16 лет, среди которых 40 мальчиков, занимающихся футболом, биатлоном, плаванием, спортивной гимнастикой, шорт-треком, силовыми единоборствами (по 13-15 человек) в сравнении с 87 здоровыми нетренированными сверстниками, подобранными по типу «случай-контроль». Используются общеклинические методы с оценкой АД, тест на микроальбуминурию, метод СМАД, а также стандартная ЭКГ, эхокардиография и проба с дозированной ФН на велоэргометре.

Полученные результаты оценивали по центильным таблицам. Критерием патологии считали значения выше 95 центиля.

Результаты. Рутинное измерение АД выявило высокое нормальное давление (ВНД) у 12% спортсменов и АГ I степени у 8% детей, тогда как в контрольной группе они имели место у 8 и 8% детей соответственно. По данным СМАД эффект гипертонии белого халата выявлен у 8% спортсменов и 16% нетренированных детей, а АГ (лабильная или стабильная) диагностирована в 12% и 4% случаев соответственно. Но только у спортсменов определялась высокая вариабельность АД (16%) и его недостаточное снижение в ночные часы (12%). По данным пробы с ФН 95 центиль систолического АД на пике нагрузки составил $221,8 \pm 17,4$ мм.рт.ст., а диастолического – $102,4 \pm 13,2$ мм.рт.ст., возвращаясь к исходным данным на 4 минуте восстановительного периода. Гипертоническая реакция на ФН выявлена у 8% спортсменов с исходно нормальным уровнем АД и/или ВНД, и не определялась у нетренированных детей. В целом повышение АД выявлено у 18% спортсменов и 8% нетренированных. Не было отмечено ассоциации АГ у детей-спортсменов с традиционными факторами риска, за исключением липидных нарушений. Курящих среди спортсменов было 6% относительно 12% в контрольной группе. Избыточный вес имели 6 и 8%, а наследственность была отягощена у 44% и 50% соответственно. Гиперхолестеринемия регистрировалась у 22% спортсменов против 2% в контроле. Средний уровень холестерина у детей, занимавшихся гимнастикой и единоборствами достоверно превышал аналогичный показатель группы контроля ($4,96 \pm 0,35$ ммоль/л против $4,12 \pm 0,12$ ммоль/л). В этой же группе регистрировался наибольший показатель коэффициента атерогенности. У каждого третьего атлета имело место повышение индекса массы миокарда левого желудочка выше 95 центиля, при этом у половины из них регистрировалось и повышение АД и нарушение диастолической функции миокарда.

Выводы. СМАД и оценку реакции АД на пробу с ФН следует включить в алгоритм обследования юных спортсменов. Гипертрофию миокарда нельзя считать единственным признаком поражения органов-мишеней при АГ у юных спортсменов, поскольку она является атрибутом спортивного сердца.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Балыкова Л.А.¹, Ивянский С.А.¹, Урзьева А.Н.¹, Варлашина К.А.¹, Чигинева К.Н.¹ Плешков С.А.¹

¹ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П.Огарева», Саранск, Россия

У детей, подвергающихся интенсивной физической нагрузке через 2-3 года развивается ремоделирование сердечно-сосудистой системы (ССС). Данные изменения могут проявляться синусовой брадикардией, артериальной гипотонией, гипертрофией миокарда левого желудочка, а также нарушением ритма и проводимости, которые могут привести к отводу от спортивной деятельности и представляют угрозу для жизни. В настоящее время, отсутствие достаточной методической базы серьезно затрудняет процесс оценки состояния здоровья юных спортсменов, что может привести к необоснованному отводу от спорта, либо к бесконтрольному допуску юных спортсменов, в связи с чем данный вопрос носит несомненную актуальность.

Цель. Изучить некоторые аспекты состояния здоровья юных спортсменов в возрасте 9-16 лет с углубленным изучением функционирования сердечно-сосудистой системы и возможные факторы развития ремоделирования сердца у атлетов в зависимости от вида спорта.

Методы исследования. Нами были проанализированы результаты обследования 180 юных спортсменов, регулярно занимающихся спортом. У 102 (56,7% от всех обследованных) спортсменов выявлены различные отклонения в состоянии здоровья, требующие углубленного обследования. На втором этапе 92 из 102 спортсменов, прошли углубленное клинко-инструментальное обследование ССС в условиях ГБУЗРМ ДРКБ и составили

исследуемую группу. Среди спортсменов было 47 девочек и 45 мальчиков (средний возраст $11,93 \pm 0,6$ лет, спортивный стаж $5,0 \pm 0,7$ лет), 33 спортивных гимнастов, 31 биатлонистов, 28 шорт-трековцев. Контрольную группу составили 40 детей (20 мальчиков и 20 девочек), имеющих I-II группы здоровья и не занимающихся спортом. Использованы: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиография, холтеровское, нагрузочные тесты (велоэргометрия/ тредмил-тест).

Результаты. В ходе углублённого обследования у 35,9% у юных спортсменов в возрасте 9–16 лет были выявлены начальные (пограничные) признаки ремоделирования ССС в виде незначительного укорочения (330–360 мс) и удлинения (440–460 мс) интервала QTc на стандартной ЭКГ и при холтеровском мониторинговании, пауз ритма 2000–2500 мс, желудочковой экстрасистолии (200–2000 в сутки) и патологических ($<1,22$ и $>1,44$) значений ЦИ при ХМ, синусовой брадикардии (2–10 центиля) и тахикардии (90–95-го центиля), атриовентрикулярной блокады I степени и нарушений морфологии (инверсии) зубца T в левых прекардиальных отведениях на ЭКГ покоя, умеренной дилатации (52–56мм) и гипертрофии миокарда левого желудочка (с индексом массы в пределах 95–98 центиля), отсутствия нормализации параметров гемодинамики в раннем периоде восстановления после физической нагрузки.

Выводы. Для своевременного выявления патологического ремоделирования сердца у юных атлетов необходимо углубленное обследование уже при минимальных изменениях на ЭКГ покоя, эхокардиограмме, а также избыточной реакции ЧСС и АД на пробу с дозированной физической нагрузкой или отсутствия восстановления параметров в раннем периоде отдыха (к 4–5 минуте).

ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АМИОДАРОНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Балькова Л.А.¹, Самошкина Е.С.¹, Громова Е.В.¹, Щекина Н.В.², Фадеева Т.А.¹

¹ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П.Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

²ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Россия

Амиодарон остается наиболее востребованным и часто используемым антиаритмическим препаратом в педиатрической кардиологии. Но его назначение часто ограничивается многочисленными побочными эффектами, в том числе со стороны щитовидной железы (ЩЖ). В литературе вопрос негативного влияния препарата на щитовидную железу у детей остается предметом дискуссии

Цель: изучить структурно-функциональное состояние ЩЖ у детей, лечившихся амиодароном.

Материал и методы. Исследование проведено с одобрения Локального этического комитета, информированное согласие пациентов и/или родителей получено. Проанализировано состояние тиреоидной системы у 45 детей (в т.ч., 25 мальчиков), в возрасте $8,26 \pm 0,97$ лет, страдающих нарушениями ритма на фоне или в течении года после окончания лечения амиодароном. Пациентам проведена оценка гормонального профиля: (тироксин (Т4), трийодтиронин (Т3), тиреотропный гормон (ТТГ), антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину (АТ к ТПО и ТГ)), ультразвуковое исследование ЩЖ, до начала, через 3, 6 и 12 месяцев терапии. Препарат назначали в нагрузочной дозе 10–15–20 мг/кг/сут в 3 приема в течение 5–10 дней с последующим переходом на поддерживающую дозу. Критерии включения: нарушения ритма сердца, требующие антиаритмической терапии амиодароном, продолжительность лечения амиодароном не менее 3 недель. Критерии невключения: диагностированная патология ЩЖ, требующая лечения тироксином или тиреостатиками до назначения амиодарона, нежелание родителей выполнять процедуры исследования, прием дополнительно антиаритмических и других препаратов, влияющих на кинетику

амиодарона. Из исследования исключались пациенты с клинически-значимыми побочными эффектами амиодарона, вынудившими прекратить терапию ранее 3 недель.

Результаты. У большинства детей прием амиодарона сопровождался изменением уровня тиреоидных гормонов в пределах нормальных значений. Тиреопатии были диагностированы у 3 пациентов. У 2 девочек (4,4% случаев) выявлен гипотиреоз, что согласуется с данными литературы о невысокой распространенности этой патологии в регионах с дефицитом йода. Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз (снижение содержания ТТГ и повышение свободного Т4 без глазных симптомов и тахикардии), был выявлен у одного ребенка (2,2%) после прекращения терапии и сочетался с повышением уровня АТ к ТПО. Антитиреоидные антитела выявлялись у 3 детей (6,6%). Средний объем ЩЖ возрастал у большинства детей через год на $1,33 \pm 0,62 \text{ см}^3$ ($p=0,04$) от исходного уровня, превышая нормальные возрастные показатели, но структура железы оставалась при этом нормальной. Только у 7 (15,6%) детей, отмечалось либо уменьшение размеров ЩЖ, либо объем оставался неизменным.

Выводы. Распространенность амиодарон-индуцированных тиреопатий у детей с аритмиями невысока (6,6%) и не зависит от дозы и длительности приема препарата, что подтверждает факт достаточно высокой толерантности детей к тиреотоксическому действию амиодарона.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАКРОСОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Бродовская А.Н., Мясоедова С.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель работы. Установить клинико-функциональные особенности ранних сосудистых поражений у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. У пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) 2 типа для оценки выраженности макрососудистых поражений выполняли дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей. Оценивали скоростные и спектральные характеристики кровотока (диастолическая скорость кровотока, пиковая систолическая скорость кровотока, пульсационный индекс, систоло-диастолическое соотношение), состояние комплекса интима-медиа (КИМ), наличие стенозов. При анализе атеросклеротических бляшек (АСБ) учитывалась их локализация, форма поверхности, структура и экзогенность.

Результаты. Обследовано 48 человек с впервые выявленным СД 2 типа, 32 женщины и 16 мужчин, средний возраст - $49,5 \pm 3,7$ лет, средние значения индекса массы тела - $30,2 \pm 4,6 \text{ кг/м}^2$. У большинства пациентов с манифестным СД выявлены основные факторы сердечно-сосудистого риска: ожирение (75%), артериальная гипертензия (68%), дислипидемия (96%). У 84% больных с впервые выявленным СД 2 типа выявлены атеросклеротические поражения брахиоцефальных артерий: начальные проявления атеросклероза в виде неравномерного изменения экзогенности КИМ, нарушения дифференцировки на слои (64%), явления кальциноза интимы в сочетании с патологическим утолщением в зонах стандартизированной оценки при редукции просвета сосуда по диаметру не более 20% (13%), стенозирующие поражения сосудов мозга (7%), степень стеноза в отдельных случаях – до 50%. По структуре преобладали гетерогенные АСБ пониженной экзогенности. По результатам дуплексного сканирования артерий нижних конечностей стенозирующие поражения выявлены у 8%, в большей степени изменения дистальных сегментов сосудистого русла (задней тиббиальной и передней тиббиальной артерий). В 16 % наличие АСБ не сопровождалось гемодинамически значимым стенозом, наблюдались участки кальциноза интимы. При

ультразвуковом исследовании у пациентов с нестенозирующим атеросклерозом так же преобладали явления медиакальциноза (32%).

Выводы. Для больных с впервые выявленным СД 2 типа характерна высокая частота атеросклеротического поражения магистральных артерий разных сосудистых бассейнов, что отражает системный характер атеросклеротического процесса. При этом степень поражения артерий нижних конечностей более выражена, чем степень поражения сонных артерий. Поражение артерий нижних конечностей при впервые выявленном СД 2 типа характеризуется преимущественно дистальной локализацией с преобладанием медиакальциноза.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ПОПУЛЯЦИИ г. ИВАНОВО И ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Батрак Г.А., Бродовская А.Н., Мясоедова С.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель. Изучить распространенность факторов риска развития ХБП среди пациентов г. Иваново и Ивановской области на базе консультативного диабетологического центра.

Методы исследования. Для определения распространенности факторов риска ХБП у 61 женщины и 18 мужчин в возрасте 22 – 75 лет, средний возраст $48,5 \pm 3,2$ лет, проводилось анкетирование с использованием анкет, созданных по инициативе Научного общества нефрологов России.

Результаты. У большинства пациентов, обратившихся в консультативный диабетологический центр, по результатам анкетирования выявлены основные факторы риска развития ХБП: ожирение (1-3 степени) – у 77 %, артериальная гипертензия (1-3 степени) – 68%, изменения со стороны почек (наличие хронического пиелонефрита, МКБ и другие) – у 25 %. Треть больных (34%) страдают СД 2 типа, еще у 14% пациентов нарушение углеводного обмена требовало уточнения. Жалобы на возможное нарушение функции почек (отеки, боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание) отмечались более, чем у трети больных (38%), что несомненно требует дальнейшего углубленного обследования с последующим проведением патогенетической терапии. Следует отметить, что у 80 % пациентов выявлена отягощенная наследственность по ГБ и другим сердечно-сосудистым заболеваниям. При наличии ожирения у подавляющего числа пациентов (77%), только 14% имеют удовлетворительную физическую активность.

Выводы. Проведение анкетирования с применением анкет, созданных по инициативе Научного общества нефрологов России, позволяет выявить высокую распространенность основных факторов риска ХБП (ожирение, АГ, сопутствующие поражения почек) в популяции.

В целях улучшения оказания медицинской помощи населению и подготовки программ ранней профилактики развития ХБП рекомендуется проведение анкетирования у пациентов с факторами риска ХБП на амбулаторном этапе с последующим направлением к нефрологу, внесением в специальный регистр и назначением нефропротективной терапии.

ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ НЕОДНОРОДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ

Батрак Г.А., Бродовская А.Н., Мясоедова С.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

В современной классификации сахарного диабета (СД) определены известные типы заболевания. Нередко клиническая картина СД при манифестации отличается от классического варианта течения.

Цель. Выявить особенности клинического течения СД при манифестации.

Материалы и методы. Определяли особенности СД при манифестации заболевания. Статистический анализ проводили с помощью «Statistica 6.1» Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение, медианы Me (25-й; 75-й процентиль). Различия при $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Среди 56 пациентов с манифестным СД у 16% диагностирован СД 1 типа, у 37,5% - СД 2 типа, у 18% - панкреатогенный СД. Для СД 1 типа характерны: молодой возраст ($32 \pm 3,5$), отсутствие у большинства АГ (89%) и ожирения (67%), ИМТ - $23,8 \pm 3,9$ кг/м². Для большинства СД 2 типа при манифестации характерны избыточная масса тела и ожирение (95%), АГ (75%), хронический панкреатит (90%), ИБС (10%), наследственность по СД (64%). У большинства пациентов с впервые выявленным панкреатогенным СД отсутствуют ожирение (60%) и АГ (80%), заболевание чаще у мужчин (80%) с хроническим алкогольным панкреатитом (70%), 27% имеют наследственность по СД 2 типа. Большинство пациентов имели классические признаки заболевания при манифестации. У 22% с впервые выявленным СД 1 типа течение заболевания соответствовало клинической картине СД 2 типа, что предполагает наличие латентного аутоиммунного диабета взрослых (LADA-диабет). У 14% больных клиническая картина не соответствовала СД 2 типа и предполагала наличие MODY-диабета (молодой возраст, ожирение). Пациенты с впервые выявленным панкреатогенным СД (80% – мужчины) отличались наличием хронического алкогольного панкреатита, тяжелым течением СД с высоким уровнем гликемии и кетонурией.

Выводы: Для СД 1 типа при манифестации характерны молодой возраст, отсутствие ожирения и артериальной гипертензии.

У большинства пациентов СД 2 типа при впервые выявленном заболевании отмечается наличие избыточной массы тела и ожирения, артериальной гипертензии, хронического панкреатита.

СД вследствие хронического панкреатита является характерным для мужчин и отличается тяжестью клинической картины при манифестации.

СД при манифестации нередко имеет фенотипическую неоднородность.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель работы. Выявить характерные особенности нарушений липидного обмена у больных сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы. Обследование 45 больных сахарным диабетом (СД) 1 типа включало сбор анамнеза заболевания с изучением факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, клинический осмотр с определением индекса массы тела (ИМТ), пульса, артериального давления (АД). Лабораторные методы включали определение уровня гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина HbA_{1c}, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), креатинина крови, скорости клубочковой фильтрации, суточной глюкозурии и микроальбуминурии. Проводили ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов, УЗДГ сосудов нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса давления (ЛПИД).

Результаты. Наблюдали 45 пациентов (20 мужчин и 25 женщин) с СД 1 типа в возрасте 22-45 лет, средний возраст $34 \pm 6,5$ лет, длительность СД 1 типа $16,3 \pm 5,2$ лет. У 20% больных с СД 1 типа отмечалась артериальная гипертензия (АГ) 1 степени. При клиническом осмотре у большинства больных (88%) ИМТ не превышал нормальных значений ($23,2 \pm 1,3$ кг/м²), у 12% отмечалась избыточная масса тела (ИМТ - $27,4 \pm 2,5$ кг/м²), пациентов с ожирением не выявлено. Средние значения АД составили 135/90 мм рт. ст., все пациенты получали препараты группы ингибиторов АПФ (средняя доза периндоприла 5 мг в сутки). На фоне проводимой инсулинотерапии средний уровень HbA1c - 7,6%.

Среди пациентов с СД 1 типа у 58% выявлены нарушения липидного спектра. Дислипидемия характеризовалась повышением уровня общего ХС, ХС ЛПНП, снижением значения ХС ЛПВП у 100% пациентов. Средние значения общего ХС - $6,35 \pm 0,5$ ммоль/л, ХС ЛПНП - $2,6 \pm 0,4$ ммоль/л, ХС ЛПВП - $0,8 \pm 0,1$ ммоль/л. Только у четверти (24%) пациентов наряду с гиперхолестеринемией выявлена гипертриглицеридемия (ТГ - $2,4 \pm 0,2$ ммоль/л), у 76% пациентов уровень ТГ составил $1,23 \pm 0,3$ ммоль/л. Проводился осмотр нижних конечностей, УЗДГ сосудов нижних конечностей с определением ЛПИД. У большинства (75%) выявлено нарушение магистрального кровотока, ЛПИД - $0,8 \pm 0,1$. Показатель ЛПИД коррелировал с длительностью СД ($r = -0,4$, $p < 0,05$), уровнем HbA1c ($r = -0,3$, $p < 0,05$) и общего ХС ($r = -0,4$, $p < 0,05$).

Выводы. У большинства пациентов с СД 1 типа отмечаются нарушения липидного спектра. Дислипидемия при СД 1 типа характеризуется высоким уровнем общего ХС и низкими значениями ХС ЛПВП. Отличительным признаком дислипидемии при СД 1 типа является нормотриглицеридемия у большинства больных. Показатель ЛПИД у больных СД 1 типа и дислипидемией тесно взаимосвязан с длительностью заболевания, уровнем гликемии и холестерина.

ОСТРЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель работы. Определить характер влияния сахарного диабета (СД) 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) на тяжесть перенесенных сердечно-сосудистых событий.

Материалы и методы. Обследовали 45 пациентов (20 мужчин и 25 женщин) с СД 2 типа и артериальной гипертензией, ранее перенесших острые сердечно-сосудистые события: инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Возраст пациентов 61-70 лет (в среднем $65 \pm 5,3$ года), АГ 1-3 степени (100%), из них (53%) АГ 2 степени (средние значения артериального давления (АД) $150/80 \pm 7/5$ мм рт. ст.), ожирение (73 %), дислипидемия – (67 %), курение – (43 %), низкая физическая активность (93%), наследственность по СД и АГ (40 %). Оценивали индекс массы тела (ИМТ), отношение объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ), уровень АД, наличие одышки и периферических отеков. Изучали гликемический профиль, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), холестерина, триглицеридов, в суточном анализе мочи анализировали значения микроальбуминурии, протеинурии, глюкозурии. Оценивали скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта, структурно-функциональное состояние сердца по данным ЭКГ и ЭхоКГ. При лечении у 50% больных применяли только сахароснижающие препараты (метформин - 90%, препараты сульфонилмочевины - 60%, ингибиторы ДПП-4 - 30%), инсулинотерапия в виде монотерапии и в комбинации с сахароснижающими препаратами (70%). В 100% случаев применяли иАПФ или сартаны (58% и 42%,

соответственно), селективные бета-адреноблокаторы (67%) Терапии статинами проводилась у 87% пациентов, антиагреганты - в 93%, антиоксиданты и ноотропные препараты – у 32% и 46%, соответственно.

Результаты. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и атеросклероз сосудов головного мозга - у 60% пациентов с СД 2 типа в сочетании с АГ. Перенесенные сердечно-сосудистые события: острый ИМ (57%), ОНМК (63%). У 93% больных развилась хроническая ишемия миокарда, у 90 % сформировалась гипертрофия левого желудочка, у 80 % - диастолическая дисфункция левого желудочка, у 63% - хроническая сердечная недостаточность. 46% больных перенесли сердечно-сосудистые события более, чем через 10 лет сочетания СД 2 типа и АГ, 37% больных - через 7 - 9 лет и 17% пациентов - через 3 года. Выявлена корреляционная взаимосвязь между временем возникновения острых сердечно-сосудистых событий и длительностью СД 2 типа ($r=0,4$), а также длительностью АГ ($r=0,4$).

Выводы. У больных СД 2 типа с АГ сердечно-сосудистые события чаще возникают при длительности сочетания данных заболеваний более 10 лет. Перенесенные сердечнососудистые события у большинства больных СД 2 типа и АГ характеризуются формированием тяжелых сосудистых поражений сердца и мозга. Для снижения риска возникновения сердечнососудистых событий при СД 2 типа в сочетании с АГ рекомендуется комплексная терапия с достижением целевых значений гликемии, липидных показателей и уровня АД.

ТРУДНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бейсенбекова Ж.А., Толеуова А.С., Тойынбекова Р.Ж., Тауешева З.Б., Гусейнова З.К.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Цель: Оценить эффективность проводимой терапии при остеоартрозе у коморбидных пациентов.

Материал и методы: Обследованы 54 коморбидных пациента (средний возраст 74,2 года) с остеоартрозом, у которых имелись преимущественные поражения коленных и тазобедренных суставов. Из них 38 (70,2%) составили женщины и 16 (29,6%) мужчины в возрасте от 65 до 78 лет. У всех пациентов остеоартроз сочетался с артериальной гипертензией (АГ), атеросклерозом, ишемической болезнью сердца (ИБС), ожирением, сахарным диабетом 2 типа и заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Всем больным были проведены традиционные методы обследования, а также оценка факторов риска заболевания. Для оценки функционального состояния суставов и выраженности суставного синдрома использовали суммарный индекс Лекена. Все пациенты на стационарном этапе помимо лечения основного заболевания получали селективные НПВС и хондропротекторы.

Результаты: Все пациенты были условно разделены на 3 группы. Первую группу составили 11 (20,4%) коморбидных больных остеоартрозом с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы. Вторую группу – 29 (53,7%) коморбидных пациентов с остеоартрозом, ожирением и сахарным диабетом 2 типа. Третью группу составили 14 (25,9%) коморбидных больных остеоартрозом, АГ, ИБС и хроническими заболеваниями ЖКТ. У всех пациентов по рентгенологическим данным подтвержден остеоартроз II-III степени. По результатам индекса Лекена тяжесть гоноартроза был распределен следующим образом: у 22 (40,7%) больных была определена средняя степень тяжести, у 19 (16,7%) больных – выраженная, у 11 (20,4%) больных – значительно выраженная степень тяжести, у 2 (3,7%) пациентов была определена резко выраженная тяжесть гоноартроза. На фоне проводимой терапии у пациентов 1 и 3 групп отмечались улучшение состояния и купирование болевого синдрома. У пациентов 2 группы эффект от проводимой терапии был, но сохранялось затруднение ходьбы и хроническая боль в ночное время, возможно это было связано с ожирением и поздними осложнениями диабета

(диабетической нейропатией, диабетической макро- и микроангиопатией нижних конечностей). У 4 (28,6%) пациентов 3 группы на фоне приема НПВС отмечалось обострение хронической гастродуоденальной патологии.

Выводы: У многих пациентов на фоне проводимой терапии суставной синдром регрессировал, но сохранялись затруднения движения в повседневной жизни, тугоподвижность в суставах и невозможность вставания со стула без опоры. У большинства пациентов после отмены селективных НПВС отмечалось возобновление хронического болевого синдрома. У коморбидных пациентов лечение остеоартроза на стационарном этапе малоэффективно, вероятно, это связано с коротким курсом проводимой терапии хондропротекторами. На амбулаторном этапе из-за низкой приверженности к лечению многие пациенты хондропротекторы не получают, что может быть связано еще и низким социальным статусом многих пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Белова Г. В., Будникова Н.В., Романенко И.А., Севастьянова Г.И.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия

Цель работы: Изучить частоты выявления хронических неинфекционных заболеваний при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения участковыми врачами - терапевтами городской территориальной поликлиники.

Методы исследования: ретроспективный анализ медицинских документов, заполняемых при проведении диспансеризации взрослого населения: записи в амбулаторной карте, маршрутные карты диспансеризации, анкеты для выявления ХНИЗ. Всего были проанализированы результаты диспансеризации 29754 пациентов, прошедших осмотр в 2016 г. в 3-х городских территориальных поликлиниках г. Иваново, из них 43,1% мужчин (12824 человека) и 56,89% женщин (16930 человек). Пациенты были разделены на три возрастные группы: в первую возрастную группу (21-36 лет) вошли 9870 человек (33,17%); во 2 возрастную группу (39-60 лет) вошли 11826 человек (39,74%); в 3 группу (старше 60 лет) вошли 8058 человек (27,08%). Была изучена частота выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ), заболеваний органов дыхания (ХОБЛ), заболеваний органов пищеварения (язвенная болезнь, хронический гастрит, гастродуоденит), болезни эндокринной системы (в том числе сахарный диабет).

Результаты: проведенный анализ выявил ССЗ у 4079 (13,71%) обследованных пациентов. Среди ССЗ основную группу составили больные гипертонической болезнью (ГБ) – 2437 человек (59,74%). Наибольшая частота выявления ГБ была в 3 возрастной группы – 2213 (90,8%), частота выявления ГБ у мужчин и женщин составила 43,5% и 56,46% соответственно. ИБС была выявлена у 668 человек (16,37%). Частота выявления ИБС у мужчин была выше, чем у женщин - 59,66% и 40,34%. У 412 больных впервые выявлены ССЗ, из них у 389 (94,4%) – ГБ. В первой возрастной группе выявлено 64 больных ГБ (15,53%), во второй – 150 (36,41%), в третьей – 175 (42,48%). Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) выявлены у 3649 человек (12,26%), из них мужчин 1598 (43,79%), женщин – 2051 (56,21%). С наибольшей частотой данная патология выявлялась в 3 возрастной группе - 2475 (67,83%), с одинаковой частотой у мужчин и женщин. У 450 больных второй и третьей возрастных групп ЦВЗ выявлены впервые: 33,11% и 66,89% соответственно. ХОБЛ выявлена у 495 обследованных (1,66%), Среди них мужчин было 310 (62,6%), женщин - 185 (37,37%), в этой группе впервые выявлено 206 больных (46,1%), Болезни органов

пищеварения выявлены у 1941 человека (6,52%), среди них мужчин было 925 (47,65%), женщин – 1016 (53,34%). Болезни органов пищеварения с одинаковой частотой выявлялись при диспансеризации во всех возрастных группах с преобладанием хронического гастрита (1669 человек – 85,98%). Впервые выявлено 848 больных с заболеваниями органов пищеварения, из них 837 (98,7%) - с хроническими гастритами. Болезни эндокринной системы выявлены у 5930 человек (19,93%), женщин среди них было 3744 (63,14%), мужчин - 2186 (36,86%). Сахарный диабет выявлен в ходе диспансеризации у 628 пациентов (10,59%), частота выявления сахарного диабета у женщин была выше, чем у мужчин – 59,29% и 40,7% соответственно. Наибольшее количество больных СД выявлено в третьей возрастной группе - 57,96% . Впервые выявлено 574 больных с заболеванием эндокринной системы, впервые выявленного СД не было.

Заключение: таким образом, при проведении диспансеризации ХНИЗ впервые выявлены у 2490 пациентов (8,37%). На первом месте по частоте выявления находятся хронический гастрит (23,05%), ЦВЗ (18,07%) и ГБ (15,6%).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Белова Г. В., Будникова Н.В., Ушакова С.Е., Романенко И.А.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Цель исследования: изучение психологических особенностей личности больных язвенной болезнью в зависимости от локализации и стадии заболевания.

Материалы и методы: обследовано 40 больных с хронической язвенной болезнью (ЯБ) в стадии ремиссии заболевания, находившихся под диспансерным наблюдением у участкового врача - терапевта городской территориальной поликлиники (1 группа больных), среди них было 23 мужчины (57,5%)(средний возраст 50,1±3,7г) и 17 женщин (42,5%) (средний возраст 59,1±2,7 г.). ЯБ желудка (ЯБЖ) выявлена у 14 больных (35,0%), ЯБ 12-перстной кишки (ЯБДПК) - у 26 (65,0%). Во вторую группу вошли 24 пациента ЯБ, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении городской больницы по поводу обострения заболевания. В этой группе было 14 мужчин (58,33 %) (средний возраст 41,4±3,4 года) и 10 женщин (41,66 %) (средний возраст 59,1±3,2 года). ЯБЖ выявлена у 7 больных (29,16%), ЯБДПК — у 14 (58,33%). Всем больным, находящимся на стационарном лечении, проводилась эрадикационная терапия согласно стандартам оказания медицинской помощи. Группу сравнения составили 20 здоровых лиц (10 мужчин и 10 женщин, средний возраст 48,2± 2,2 лет) с отсутствием факторов риска развития ЯБ. Для изучения психологического статуса проводилось психодиагностическое обследование с использованием теста СМОЛ (модификация Л.Н. Собчик). На основании полученных результатов изучались индивидуальные профили и рассчитывался усредненный профиль в целом по группе и в зависимости от локализации язвы и стадии заболевания.

Результаты: усредненный профиль теста СМОЛ в группе здоровых лиц приближается к линейному профилю, располагаясь в пределах 40-60 Т-баллов и соответствуя усредненной норме. Усредненный профиль первой группы больных ЯБ также располагался в пределах 40-60 Т-баллов, однако отличается от усредненного профиля здоровых лиц более высокими показателями по шкалам 1 (шкала сверхконтроля), 2 (шкала пессимистичности), 3 (шкала эмоциональной лабильности.), шкале 6 (шкала ригидности) и более низкими показателями по шкале 9 (шкала оптимизма). В усредненном профиле больных ЯБ доминирует 1 шкала. Подъем по ней соответствует, как правило, психосоматической предрасположенности. У больных ЯБЖ выявлены более высокие показатели по 2 и 6 шкалам (44±2,68 и 42,2±2,36 Т-баллов соответственно). У больных ЯБДПК выявлены отличали более

высокие показатели по шкалам 1, 4, 7 и 8 ($62,9 \pm 1,28$ Т-баллов, $54 \pm 2,10$ Т-балла, $54,2 \pm 1,93$ Т-баллов, $53,5 \pm 1,75$ Т-балла соответственно). Наиболее выраженная дезадаптация профиля СМОЛ выявлена у больных ЯБДПК, находящихся на стационарном лечении по поводу обострения заболевания. Показатели 1,2,6 шкал превышали 65 Т-баллов ($71,12 \pm 1,23$, $66,21 \pm 1,11$ и $67,0 \pm 0,9$ Т-баллов), отмечен «пикообразный профиль» с ведущей 1 шкалой, составляющей классическому «язвенного типа личности». И в стадии ремиссии и при обострении заболевания более высокие показатели у больных ЯБДПК по всем шкалам сравнительно с больными ЯБЖ.

Выводы: больные ЯБДК имеют более выраженные показатели по шкалам «невротической триады» по сравнению с больными ЯБЖ, наиболее выраженный подъем по 1,2,6 шкалам с «пикообразным профилем» по 1 шкале отмечается у больных ЯБДПК в стадии обострения заболевания и требует психотерапевтической коррекции.

ТРИПЕПТИД ВОССТАНАВЛИВАЕТ ЭКСПРЕССИЮ СИРТУИНОВ В ЭНДОТЕЛИИ СОСУДОВ ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РЕСТЕНОЗОМ

Болотов И.И., Козлов К.Л.

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

Поиск эффективных и безопасных способов лечения сердечно-сосудистой патологии у лиц старших возрастных групп является одной из важных задач геронтологии и кардиологии. Одним из перспективных вазопротекторов является пептид KED (Везуген). Эффективность Везугена при пероральном применении в дополнение к стандартной терапии показана у больных пожилого и старческого возраста, прооперированных по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Цель работы - изучение влияния пептида KED на экспрессию сиртуинов (Sirt1 и Sirt6) в эндотелии сосудов в норме и при рестенозе.

Для создания культур клеток материал аорты без патологических изменений был получен от эмбриона человека (21 неделя гестации) в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта. Ткань аорты человека при рестенозе (диаметр 0,2 см, 4 фрагмента) была получена при операции аортокоронарного шунтирования у пациента пожилого возраста (71 года). Операции проводили в клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург). Культуры эндотелиоцитов выращивали в среде, содержащей 87,5% M199, 10% эмбриональной бычьей сыворотки, 1,5% NEPEP, 1% PES, L-глутамин. Клетки культивировали до 3 пассажа. Все культуры были разделены на 2 группы: 1 – контрольная (добавление физраствора), 2 – добавление пептида KED (20 нг/мл). Для оценки функциональной активности эндотелия были выбраны сигнальные молекулы Sirt1 и Sirt6, наиболее полно отражающие функциональное состояние эндотелия при его старении. В работе использовали первичные моноклональные антитела к Sirt1 («Abcam», 1:200) и Sirt6 («Abcam», 1:200) и вторичные антитела, конъюгированные с флуорохромом Alexa Fluor 568 (1:1000, «Abcam»). Ядра клеток докрашивали Hoechst 33258 («Sigma»). Конфокальную микроскопию клеток проводили в инвертированном конфокальном микроскопе Olympus BX40. Для анализа результатов использовали программу "ВидеоТест-Морфология 5.2". В каждом случае анализировали 5 полей зрения при x200. Площадь экспрессии рассчитывали, как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения и выражали в процентах.

В культуре нормального эндотелия экспрессия Sirt1 и Sirt6 под действием пептида KED не изменялась. В контрольной культуре эндотелия, взятого у пациентов с рестенозом, площадь экспрессии Sirt1 и Sirt6 была в 2 раза ниже, чем в нормальном эндотелии. В культурах, пораженных рестенозом, под действием пептида KED площадь экспрессии Sirt1 и Sirt6 возрастала соответственно в 1,5 и 1,9 раза по сравнению с контролем.

Таким образом, в эндотелии, пораженном рестенозом, пептид KED повышал экспрессию Sirt1 и Sirt6 до нормы. Восстановление синтеза сиртуинов, участвующего в

репарации ДНК, под действием пептида KED подтверждает ранее показанную эффективность его применения у пожилых пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы.

ПЕПТИД KED СНИЖАЕТ ЭКСПРЕССИЮ ФИБРОНЕКТИНА В ЭНДОТЕЛИИ СОСУДОВ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И РЕСТЕНОЗОМ

Болотов И.И.¹, Линькова Н.С.^{1,2}, Козлов К.Л.¹

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы - изучение влияния пептида KED на экспрессию фибронектина в эндотелии сосудов в норме, при атеросклерозе и рестенозе.

Для создания культур клеток материал аорты без патологических изменений был получен от эмбриона человека (21 неделя гестации) в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург). Ткань аорты человека при атеросклерозе и рестенозе (диаметр 0,2 см, 4 фрагмента) была получена при операциях аортокоронарного шунтирования у пациентов пожилого возраста. Операции проводили в клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург). Культуры эндотелиоцитов выращивали в среде, содержащей 87,5% M199, 10% эмбриональной бычьей сыворотки, 1,5% NEPEP, 1% PES, L-глутамин. Клетки культивировали до 3 пассажа. Культуры были разделены на группы: 1 – контрольная (добавление физраствора), 2 – добавление пептида KED (20 нг/мл). В работе использовали первичные моноклональные антитела к фибронектину (1:150, Dako) и вторичные антитела, конъюгированные с флуорохромом Alexa Fluor 568 (1:1000, «Abcam»). Ядра клеток докрашивали Hoechst 33258 («Sigma»). Конфокальную микроскопию клеток проводили в инвертированном микроскопе Olympus BX40. Для анализа результатов использовали программу "ВидеоТест-Морфология 5.2". В каждом случае анализировали 5 полей зрения при x200. Площадь экспрессии рассчитывали, как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения (%).

Контрольное значение площади экспрессии фибронектина в культуре нормального эпителия составило $0,96 \pm 0,1\%$. В культуре эндотелия в норме площадь экспрессии фибронектина под действием пептида KED уменьшалась в 1,8 раза. В контрольных культурах эндотелия, полученных от пациентов с атеросклерозом и рестенозом, площадь экспрессии фибронектина была в 3,4 раза выше, чем в нормальной эндотелии. Пептид KED способствовал снижению площади экспрессии фибронектина в культурах с атеросклерозом и рестенозом соответственно в 5,5 раза и в 4,6 раза, что было ниже уровня экспрессии этого белка в контрольных культурах эндотелия.

Экспрессия фибронектина увеличивается у пациентов с атеросклерозом и рестенозом. Пептид KED способствует значительному снижению синтеза фибронектина в эндотелии при атеросклерозе и стенозе. Таким образом, пептид KED обладает антикоагулирующим действием, что способствует снижению образования тромбов и их агрегации.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИХ

Будникова Н.В., Романенко И.А., Ушакова С.Е.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

В связи с большой социальной значимостью сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) для их снижения совершенствуются клинические рекомендации, создаются национальные программы, разрабатываются шкалы для оценки риска их возникновения. Качественная оценка структуры и функционального состояния сосудистой стенки, то есть оценка сосудистого возраста (СВ), может помочь в прогнозировании развития ССЗ и возникновение их осложнений.

Целью исследования было определение СВ и анализ составляющих его показателей у мужчин и женщин.

При проведении диспансеризации на базе поликлиники № 3 ОБУЗ ГКБ №3 г.Иваново обследовано 342 человек, которые были разделены на две группы. Первая группа - 114 мужчин (33,3%), вторая - 228 женщин (66,7%). Пациентам были проведены: общеклиническое обследование с измерением антропометрических показателей (рост, вес, индекс массы тела) и уровня артериального давления, лабораторное и инструментальное исследования. С помощью компьютерного приложения «ADVANTAGE» был подсчитан СВ. При определении СВ учитывались: пол, возраст, курение, уровень систолического артериального давления (САД), сведения об артериальной гипертензии (АГ) и приеме гипотензивных препаратов, уровень общего холестерина (ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), креатинина, глюкозы, наличие сахарного диабета (СД) в анамнезе.

Вне зависимости от пола у обследованных средний СВ ($52,25 \pm 8,16$ лет) был достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем хронологический возраст ($48,07 \pm 8,33$ лет). При оценке СВ и хронологического возраста в группах были идентичные тенденции. У мужчин средний хронологический возраст был равен $48,17 \pm 8,42$ лет, средний СВ – $54,34 \pm 8,37$ года ($p \leq 0,05$). У женщин соответственно $47,97 \pm 8,24$ лет и $50,15 \pm 7,95$ лет ($p \leq 0,05$). При анализе показателей, определяющих СВ выявлено, что по возрастным хронологическим периодам группы были сопоставимы. Мужчин молодого возраста было 33,33%, среднего – 55,26%, пожилого – 11,41%. Женщин молодого возраста было – 31,14%, среднего – 55,70%, пожилого – 13,16%. Мужчины (36,84%) достоверно ($p \leq 0,05$) чаще курили, чем женщины (16,23%). Целевой уровень САД не имели 48,24% мужчин и 32,46% женщин ($p \leq 0,05$). Частота АГ у мужчин (63,16%) наблюдалась реже, чем у женщин (74,12%). Из пациентов с АГ гипотензивные средства принимали 66,67% мужчин и 57,98% женщин. Целевые значения общего ХС отсутствовали у 75,44% мужчин и 77,63% женщин. Уровень ЛПВП ниже нормы был определен у 27,14% мужчин и у 35,74% женщин. Повышенные показатели креатинина имели место у 24,56% мужчин и у 11,84% женщин ($p \leq 0,05$). Гендерных различий не было выявлено по частоте гипергликемии натощак (17,54% мужчин и 16,67% женщин) и наличию СД (21,43% мужчин и 23,83% женщин).

Таким образом, как у мужчин так и у женщин СВ превышает хронологический возраст. Однако, достоверно чаще у мужчин выявляются составляющие СВ, которые требуют дополнительной коррекции терапевтические мероприятия у мужчин в большей степени должны быть направлены на борьбу с курением, достижение целевых цифр САД, нормализацию уровня креатинина.

ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Будникова Н.В., Сычева А.М., Юркова Л.И., Ушакова С.Е., Белова Г.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Ежегодно в мире онкологические заболевания уносят множество человеческих жизней. Перед современной медициной стоит важная задача – выявление новообразований на ранних стадиях для повышения прогноза выживаемости. Одним из методов решения данной задачи является диспансеризация населения.

Цель исследования – анализ эффективности различных этапов диспансеризации для раннего выявления новообразований в условиях поликлиники.

Был проведен анализ статистических данных диспансеризации за 2016 год на базе поликлиник ОБУЗ «Городская клиническая больница №3 г.Иваново» и ОБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Иваново», проводимой согласно приказу Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан.

На первом этапе диспансеризации обследовано 29754 граждан: 12824 мужчин (43,1%) и 16930 женщин (56,9%). По возрастным категориям распределение было следующим: 9870 человек (33,2%) в возрасте 21-36 лет, 11826 пациентов (39,7%) в возрасте 39-60 лет, 8058 лиц (27,1%) старше 60 лет. Для дополнительного углубленного обследования и уточнения диагноза заболевания на второй этап диспансеризации были направлены 8591 человек (28,87%).

По результатам диспансеризации впервые выявлено 28 случаев новообразований (в том числе злокачественные новообразования и новообразования *in situ*). На первом этапе диспансеризации пациенты определенных возрастных групп в зависимости от пола прошли диагностические исследования, позволяющие выявить или заподозрить новообразования: опрос (анкетирование), флюорографию, маммографию, исследование кала на скрытую кровь, ультразвуковое исследование на исключение новообразований органов брюшной полости, малого таза, обследование в смотровом кабинете. По окончании первого этапа впервые выявлено 12 случаев (42,9%) новообразований: у 2 больных (7,14%) новообразования трахеи, бронхов и легкого, у 9 женщин (32,14%) новообразования молочной железы, у 1 человека (3,62%) новообразование почек. Для подтверждения и уточнения наличия новообразований на втором этапе диспансеризации пациентам по показаниям были проведены медицинские мероприятия: эзофагогастродуоденоскопия, осмотр (консультация) уролога (хирурга), колопроктолога (хирурга), акушер-гинеколога, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена. Вторым этапом позволил впервые установить 16 случаев новообразований (57,1%): у 9 больных (32,14%) новообразования желудка, у 2 человек (7,14%) новообразования ободочной кишки, у 5 мужчин (17,82%) новообразования предстательной железы.

Таким образом, проведение диспансеризации предоставляет возможность выявлять новообразования. Методы исследования первого этапа диспансеризации позволяют диагностировать новообразования дыхательных путей, молочной железы и заподозрить другую локализацию патологии. Мероприятия второго этапа диспансеризации уточняют диагноз и определяют новообразования желудочно-кишечного тракта и половой системы.

ЭКСПРЕССИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В БУККАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бунин В.А.¹, Козлов К.Л.¹, Пальцева Е.М.²

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

²Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

Изменение функциональной активности буккального эпителия (БЭ) во многом отражает состояние локального и системного гомеостаза организма, а также может служить показателем развития сердечно-сосудистой патологии и старения организма. В слюне пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) отмечено повышенное содержание маркеров воспаления – интерлейкинов IL-1 β , IL-6, IL-10 (An K. et al., 2015; Klichovska-Palonka M. et al., 2015). Цель работы – изучить экспрессию интерлейкинов (IL-1 β , IL-6, IL-10) в БЭ у лиц пожилого возраста с ИБС.

Материал БЭ у здоровых доноров (без сердечно-сосудистой патологии, 34 человека) и пациентов с 3-ей стадией ИБС (15 человек) был получен в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Весь материал был получен от

лиц пожилого возраста ($67 \pm 2,4$ года). Пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. БЭ забирали в период с 10 до 12 ч утра. За 1 ч до забора БЭ пациенты не принимали пищу и не проводили гигиену полости рта. Перед процедурной все обследуемые полоскали ротовую полость питьевой водой. Микроскопию БЭ проводили с использованием первичных антител к IL-1 β , IL-6, IL-10 (1:100, Novocastra), вторичных антител и набора для иммунофлуоресцентной визуализации щелочной фосфатазы Vector Red. Изучение препаратов проводили в конфокальном микроскопе Olympus FluoView FV1000. Осуществляли морфометрический анализ изображений в программе «Видеотест-Морфология 5.2» по показателю площади экспрессии в %.

В БЭ у лиц пожилого возраста без сердечно-сосудистой патологии площадь экспрессии IL-1 β , IL-6, IL-10 составила соответственно $0,24 \pm 0,04\%$, $0,20 \pm 0,04\%$ и $0,36 \pm 0,06\%$. У пожилых пациентов с 3-ей стадией ИБС площадь экспрессии IL-1 β , IL-6, IL-10 в БЭ была соответственно в 2,3 раза ($0,55 \pm 0,11\%$), в 3,7 раза ($0,74 \pm 0,14\%$) и в 1,8 раза ($0,65 \pm 0,12\%$) выше по сравнению с соответствующим контролем.

Экспрессия IL-1 β , IL-6, IL-10 в БЭ у лиц пожилого возраста увеличивается при прогрессировании ИБС. При этом наиболее выражено возрастает экспрессия IL-6. Известно, что между риском прогрессирования ИБС и развитием инфаркта миокарда при годичном наблюдении существует прямая корреляция с уровнем IL-6 в плазме крови (Шамсиддинова А.С. и др., 2013). Таким образом, полученные нами данные указывают на то, что изменение экспрессии интерлейкинов при ИБС в крови и БЭ носит сходный характер. Полученные данные позволяют сделать заключение, что гиперэкспрессия IL-1 β , IL-6, IL-10 (в особенности IL-6) в БЭ указывает на возможность его использования для малоинвазивной диагностики развития ИБС у лиц пожилого возраста.

УВЕЛИЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ MCP-1 И TNF α В БУККАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ КОРРЕЛИРУЕТ СО СТАДИЕЙ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Бунин В.А.¹, Линькова Н.С.^{1,2}, Пальцева Е.М.³, Козлов К.Л.¹

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

³Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

У пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) наблюдается системное воспаление с увеличением содержания в сыворотке крови фибриногена, С-реактивного белка, TNF- α , IL-8, IF- γ , MCP-1 по сравнению с изолированным течением ХОБЛ. Высокая активность провоспалительных цитокинов TNF- α , IL-8, MCP-1 коррелирует с выраженностью дисфункции миокарда. Выявлена связь высокой активности TNF- α , MCP-1 с развитием атеросклероза. Буккальный эпителий (БЭ) является перспективным объектом для малоинвазивной диагностики ИБС, однако исследование экспрессии в нем провоспалительных маркеров до сих пор не проводилось. Цель работы – изучить экспрессию MCP-1 и TNF α в БЭ у лиц пожилого возраста на различных стадиях ИБС.

БЭ получали от у здоровых доноров (без сердечно-сосудистой патологии, 34 человека) и пациентов с 1-ой (17 человек), 2-ой (18 человек) и 3-ей стадиями ИБС (15 человек) в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург). Весь материал был получен от лиц пожилого возраста ($68 \pm 2,1$ года). Пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. БЭ забирали в период с 10 до 12 ч утра. За 1 ч до забора материала пациенты не принимали пищу и не проводили гигиену полости рта. Непосредственно перед процедурной все обследуемые полоскали

ротовую полость питьевой водой. Микроскопию БЭ проводили с использованием первичных антител к МСР-1 (1:150, Novocastra), к TNF α (1:100, Novocastra), вторичных антител и набора для иммунофлуоресцентной визуализации щелочной фосфатазы Vector Red. Изучение препаратов осуществляли в конфокальном микроскопе Olympus FluoView FV1000. Морфометрический анализ изображений проводили в программе «Видеотест-Морфология 5.2» по площади экспрессии (%).

У пожилых людей без сердечно-сосудистой патологии площадь экспрессии МСР-1 в БЭ составила $0,67\pm 0,12\%$. У пациентов с 1-ой, 2-ой и 3-ей стадией ИБС этот показатель достоверно возрастал соответственно в 1,6 раза (до $1,07\pm 0,09\%$), в 1,5 раза (до $1,00\pm 0,09\%$) и в 1,8 раза (до $1,15\pm 0,08\%$). У пожилых людей без сердечно-сосудистой патологии площадь экспрессии TNF α в БЭ составила $0,14\pm 0,03\%$. У пациентов с 1-ой, 2-ой и 3-ей стадией ИБС этот показатель достоверно возрастал соответственно в 2,7 раза (до $0,38\pm 0,07\%$), в 3,5 раза (до $0,49\pm 0,08\%$) и в 4,1 раза (до $0,57\pm 0,06\%$).

Экспрессия МСР-1 в БЭ у лиц пожилого возраста увеличивается в 1,5-1,8 раза при прогрессировании ИБС. Экспрессия TNF α в БЭ у лиц пожилого возраста повышается в 2,7-4,1 раза при прогрессировании ИБС. Таким образом, экспрессия МСР-1 и TNF α в БЭ может применяться для малоинвазивной диагностики развития ИБС с дифференциацией по стадиям заболевания.

СНИЖЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ТРОПОНИНА-1 В БУККАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бунин В.А.¹, Козлов К.Л.¹, Пальцева Е.М.²

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

²Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

Изменение функциональной активности буккального эпителия (БЭ) во многом отражает состояние локального и системного гомеостаза организма, а также может служить показателем развития сердечно-сосудистой патологии и старения организма. В слюне пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) отмечено повышенное содержание маркеров воспаления – интерлейкинов IL-1 β , IL-6, IL-10 (An K. et al., 2015; Klichovska-Palonka M. et al., 2015). Цель работы – изучить экспрессию интерлейкинов (IL-1 β , IL-6, IL-10) в БЭ у лиц пожилого возраста с ИБС.

Материал БЭ у здоровых доноров (без сердечно-сосудистой патологии, 34 человека) и пациентов с 3-ей стадией ИБС (15 человек) был получен в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Весь материал был получен от лиц пожилого возраста ($67\pm 2,4$ года). Пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. БЭ забирали в период с 10 до 12 ч утра. За 1 ч до забора БЭ пациенты не принимали пищу и не проводили гигиену полости рта. Перед процедурной все обследуемые полоскали ротовую полость питьевой водой. Микроскопию БЭ проводили с использованием первичных антител к IL-1 β , IL-6, IL-10 (1:100, Novocastra), вторичных антител и набора для иммунофлуоресцентной визуализации щелочной фосфатазы Vector Red. Изучение препаратов проводили в конфокальном микроскопе Olympus FluoView FV1000. Осуществляли морфометрический анализ изображений в программе «Видеотест-Морфология 5.2» по показателю площади экспрессии в %.

В БЭ у лиц пожилого возраста без сердечно-сосудистой патологии площадь экспрессии IL-1 β , IL-6, IL-10 составила соответственно $0,24\pm 0,04\%$, $0,20\pm 0,04\%$ и

0,36±0,06%. У пожилых пациентов с 3-ей стадией ИБС площадь экспрессии IL-1β, IL-6, IL-10 в БЭ была соответственно в 2,3 раза (0,55±0,11%), в 3,7 раза (0,74±0,14%) и в 1,8 раза (0,65±0,12%) выше по сравнению с соответствующим контролем.

Экспрессия IL-1β, IL-6, IL-10 в БЭ у лиц пожилого возраста увеличивается при прогрессировании ИБС. При этом наиболее выражено возрастает экспрессия IL-6. Известно, что между риском прогрессирования ИБС и развитием инфаркта миокарда при годичном наблюдении существует прямая корреляция с уровнем IL-6 в плазме крови (Шамсиддинова А.С. и др., 2013). Таким образом, полученные нами данные указывают на то, что изменение экспрессии интерлейкинов при ИБС в крови и БЭ носит сходный характер. Полученные данные позволяют сделать заключение, что гиперэкспрессия IL-1β, IL-6, IL-10 (в особенности IL-6) в БЭ указывает на возможность его использования для малоинвазивной диагностики развития ИБС у лиц пожилого возраста.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА НИЖНЕГО НОВГОРОДА

Воробьева О.Д.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области
«Городской клинической больницы №5» г. Нижний Новгород

Целью данной работы является показать роль медицинской сестры кардиологического диспансера, направленную на проведение профилактических мероприятий среди пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Исследовательская работа проводилась среди врачей кардиологов, медицинских сестер, пациентов Городского кардиологического диспансера за период с 2011 по 2017 год. В процессе изучения использовались специально разработанные анкеты для медицинского персонала и пациентов.

Результаты и обсуждения. Городской кардиологический диспансер в течение года обслуживает более 90 тысяч пациентов. Одной из главных задач является работа с населением, направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Для решения проблемы создана «Школа здоровья для пациентов». Предложенная программа включает лекционные занятия с врачами кардиологами, а также практические занятия с медицинской сестрой, направленные на выполнении самостоятельных процедур. Используется система групповых и индивидуальных занятий. Пациенты, прошедших занятия в «Школе здоровья», в 95% случаев отметили реальную пользу от проводимых занятий за счет систематизации имеющихся знаний и приобретенных навыков. Полученные данные свидетельствуют об эффективности проведения комплексной профилактики медицинскими сестрами.

Выводы. Стимулирование развития профилактических знаний у пациентов напрямую зависит от эффективности занятий в «Школе здоровья». Таким образом, необходимо соблюсти следующие условия:

1. Провести исследование потенциальных ожиданий пациентов от процесса обучения в «Школе здоровья»;
2. Определить круг проблем пациентов, возникающих во время занятий;
3. Использовать практический опыт медицинских сестер кардиологического диспансерного отделения для проведения занятий по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы;

4. Развивать доступную систему непрерывного взаимодействия пациентов со специалистами кардиологического диспансера и признание важности процесса обучения пациентов в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Садыкова Д. И.¹, Галимова Л. Ф.², Слестникова Е. С.¹

¹ - Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ РМАНПО Минздрава России, Казань

² - ГАУЗ Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань

Дислипидемии (ДЛП) - это широкий спектр нарушений липидного обмена, часть из которых играет важную роль в формировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Наибольшее внимание привлекает повышение уровня общего холестерина (ОХ) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Семейная гиперхолестеринемия (СГ) – аутосомно-доминантное состояние, одно из самых распространенных форм ДЛП, возникающее у человека уже с рождения. Отсутствие гиполипидемической терапии при СГ ассоциируется с развитием преждевременного атеросклероза и ССЗ. Детство является оптимальным периодом для выявления СГ.

Цель работы. Провести анализ липидного профиля детей с отягощенной сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы. Основным методом являлся таргетный скрининг, основанный на поиске взрослых пациентов с преждевременным развитием сердечно-сосудистых заболеваний (до 50 лет у мужчин и до 60 лет у женщин) с дальнейшим обследованием липидного профиля их детей.

Результаты. Нами проведен анализ 938 медицинских карт стационарного больного пациентов (форма 003/у), находящихся на лечении в кардиологических отделениях ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани в период с января по сентябрь 2017 г. Всего было выявлено 17 больных мужского пола в возрасте до 50 лет, средний возраст 42 ± 1.5 года, с диагнозом острый коронарный синдром. При анализе липидограммы и анамнеза этих пациентов нами выделено 6 больных с увеличением уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности в сочетании с отягощенным семейным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям. На следующем этапе, после получения добровольного информированного согласия, проводился анализ липидного профиля детей данных пациентов. Средний уровень общего холестерина у них составил 5.1 ± 0.25 ммоль/л, липопротеинов высокой плотности 1.9 ± 0.05 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности 2.68 ± 0.16 ммоль/л, триглицеридов 1.5 ± 0.03 ммоль/л.

Выводы. Следует отметить, что, на сегодняшний день, в педиатрической практике отсутствует настороженность по выявлению дислипидемий с целью своевременной диагностики семейной гиперхолестеринемии. Сочетание СГ при отсутствии терапии с преждевременным развитием ССЗ создает риск увеличения смертности среди населения и свидетельствует о необходимости проведения дополнительных образовательных мероприятий среди педиатров и кардиологов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТЕНОЗО-ОККЛЮЗИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Гарин Ю.Ю.^{1,2}, Козлов К.Л.²

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

Цель исследования: Оценить распространенность и выявить факторы риска стенозо-окклюзионного поражения центральных вен (СОПЦВ) у пациентов до 60 лет и после 60 лет находящихся на хроническом гемодиализе.

Методы исследования: С 2006 по 2016 гг. на отделение диализа №1 СЗГМУ им. И.И. Мечникова проходило лечение 470 пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. Ретроспективно проанализированы истории болезни с выявлением распространенности СОПЦВ, подтвержденное данными УЗДС, МСКТ или ангиографии. Больные были разделены на две группы, до 60 ($45,2 \pm 10,6$, от 44,0 до 46,5 лет; $M \pm sd$, max - min) и после 60 ($67,8 \pm 6,5$, от 66,8 до 68,7 лет; $M \pm sd$, max - min) лет, по 294 и 176 человек соответственно. Выполнена оценка анамнеза заместительной почечной терапии и сопутствующей патологии.

Результаты: Суммарно у 68 человек диагностировано СОПЦВ, что составило 14,5% от общей группы. У больных со СОПЦВ в 100% случаях ранее использовался диализный катетер, у группы без СОПЦВ только в 69% ($p < 0,000$, χ^2 -test). В группе с СОПЦВ частота использования катетеров (3,0 катетера\чел против 2,0 катетер\чел ($p < 0,000$, U-test)) и артериовенозных фистул (АВФ) (2,6 АВФ\чел против 1,5 АВФ\чел ($p < 0,000$, U-test)) в качестве сосудистого доступа существенно было выше, чем в группе без СОПЦВ. У больных с поражением центральных вен средний стаж нахождения на гемодиализе так же был больше в сравнении с группой без СОПЦВ (6,10 мес., от 1 мес. до 25 лет против 4,55 мес., от 1 мес. до 28 лет; $p = 0,000615$ (M, max-min, U-test). Иных различий выявлено не было. При сравнении подгрупп пациентов по возрастам распространенность СОПЦВ составила 38 (13%) и 30 (17%) человек соответственно ($p = 0,2190$, χ^2 -test). Старшая группа имела более тяжелый сопутствующий статус (генерализованный атеросклероз, ИБС, инфаркт миокарда, ОНМК). По анамнезу заместительной почечной терапии отличий не было.

Выводы: СОПЦВ имеет высокое распространение среди пациентов находящихся на хроническом гемодиализе. Основным фактором риска является использование диализного катетера в качестве сосудистого доступа. Возраст не влияет на формирование СОПЦВ. К дополнительным факторам можно отнести стаж заместительной почечной терапии. У больных с СОПЦВ чаще возникают дисфункции сосудистого доступа, что отражается в большой частоте формирования АВФ и использования диализных катетеров.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У УЧАЩИХСЯ ШКОЛ

Гатаулина О.В.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ России,
Барнаул, Россия

Цель. Проанализировать данные анкетирования для стратегии формирования здорового образа жизни у учащихся школы.

Материалы и методы. В анкетировании участвовали шестые классы средней общеобразовательной школы (6 «А» класс - 28 человек, 6 «Б» класс – 30 человек, 6 «В» - 29 человек). Всего в исследовании участвовало 87 человек. Опрос учащихся был проведен по специально разработанной анкете, в рамках формирования здорового образа жизни. Вопросы учитывали: режим питания, наличие в питании полезных и вредных продуктов, наличие физических нагрузок (спортивных), а также заболеваемость ОРВИ и гриппом в предыдущем году.

Результаты. В 6 «А» классе средней общеобразовательной школы правильный режим питания 5 раз в сутки соблюдали 6 человек – 21%, употребление овощей до 5 порций было у 4 человек – 14%, газированные напитки не употребляли 8 человек – 29%, чипсы не

употребляли 6 человек – 21%, спортом занимались 20 человек – 71%, в 2016г. не болели гриппом, ОРВИ 7 человек – 25%.

В 6 «Б» классе средней общеобразовательной школы правильный режим питания 5 раз в сутки отмечался у 2 человек – 7%, 5 порций овощей в сутки употребляет 1 человек – 3%, не употребляют газированные напитки 3 человека – 10%, не употребляют чипсы 4 человека – 13%, спортом занимаются 23 человека – 77%, в 2016г. не болели ОРВИ, гриппом 18 человек – 60%.

При опросе в 6 «В» классе режим правильного питания соблюдали 5 человек – 17%, режим правильного употребления овощей в классе не соблюдал ни один учащийся, газированные напитки употребляли 18 человек – 62%, употребляли чипсы 20 человек – 69%, спортом занимались 18 человек – 62%, ОРВИ, гриппом не болели 14 человек – 48%.

Выводы. Небольшая скрининговая анкета позволяет выявить сильные и слабые стороны в системе здорового образа жизни учащихся. По данным исследования отмечается низкая приверженность к правильному питанию у учащихся школы. Таким образом, школа здорового питания, которая проводится в рамках стратегии формирования здорового образа жизни у учащихся, позволяет профилактировать различные заболевания в будущем.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОЗИНОПРИЛА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гусеинова З.К., Тайжанова Д.Ж, Бейсенбекова Ж.А., Тауешева З.Б., Бодаубай Р

Карагандинский государственный медицинский университет, Городская больница №1, г. Караганда, Казахстан

Цель исследования – применение фозиноприла у пожилых больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

Методы исследования: обследованы 30 больных (средний возраст 69,4 года) с артериальной гипертензией (АГ) II стадии и ИБС, которые находились в стационаре 12 дней. Среди них было 10 мужчин и 20 женщин, 12 больных на фоне АГ страдали ИБС, среди них 10 имели стабильную стенокардию III и IV функционального класса, 8 пациентов перенесли инфаркт миокарда (по данным анамнеза). Все больные получали фозиноприл в дозе 10 мг 1 раза в сутки, кроме этого, 10 больных с ИБС с антиангинальной целью получали препарат кардикет – 20 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки. После лечения проводили клинико-функциональные исследования, включающие клинические симптомы, ЭКГ, ЭКГ- и АД-мониторирование, ЭхоКГ. Каждый больной вел карту-опросник, куда включали симптомы болезни, общее состояние, частоту пульса и уровень АД. Полученные данные анализировали с помощью метода вариационной статистики. Достоверность учитывали в интервале от $p < 0,05$ до $p < 0,01$.

Результаты: Полученные данные свидетельствовали о хорошей переносимости лечения, отсутствии побочных эффектов и выраженном гипотензивном и антиангинальном действии препаратов. Анализ суточного профиля АД свидетельствовал, что до лечения количество больных с суточным профилем *dipper*, *non-dipper*, *piker* составляло соответственно 12, 10, 8 пациентов. Таким образом, основную категорию обследуемых составляли больные с нарушенным суточным профилем АД (*non-dipper* и *piker*). После проведенной терапии отмечали уменьшение количества больных с признаками *non-dipper* и *piker* (10 и 8 соответственно) и переход их в группу *dipper* (12). Динамика клинико-функциональных показателей свидетельствовала о переходе стенокардии III класса во II

функциональный класс (4 больных), а 6 больных – из IV функционального класса перешли в III функциональный класс.

- Выводы:** 1. Фозиноприл у пожилых больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца оказывал существенный антигипертензивный эффект.
2. Сочетание фозиноприла с кардикетом приводило не только к антигипертензивному, но и к антиангинальному эффекту у пожилых больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.
3. Побочных явлений при назначении фозиноприла с кардикетом у пожилых пациентов в лечении артериальной гипертензии и ишемической болезнью сердца не наблюдали.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПРИЧИН УХУДШЕНИЯ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Дёмина Е.И., Казакова А.А.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, РФ

Цель исследования: провести исследование возрастного состава населения на терапевтическом врачебном участке, анализ распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) среди исследуемых лиц и причин ухудшения течения заболевания в течение календарного года.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные медицинских карт пациентов, получающих амбулаторное лечение в городской поликлинике в 2016 году. Общее число пациентов на участке составило 1700 человек, из них 989 (58,2%) женщин и 711 (41,8%) мужчин; 1312 человек (77,2%) трудоспособного возраста и 388 человек (22,8%) пенсионеры. Пациенты в возрасте от 18 до 35 лет составили 670 человек (39,4%), в возрасте 36-55 лет - 586 человек (34,5%), старше 55 лет - 444 человека (26,1%).

Результаты. Распространенность ИБС среди пациентов участка была 118 человек (6,9%). В 2016 году впервые выявлена ИБС у 5-и человек, что составило 2,9 случая на 1000 населения. У 16-и (13,6%) пациентов за анализируемый период имелись обострения ИБС, средняя длительность которых $12 \pm 1,8$ дней. У 7-и (5,9%) пациентов потребовалась госпитализация в кардиологическое отделение. Причинами ухудшения течения ИБС и госпитализаций явились гипертонический криз у 12 больных (52,2%), самостоятельное прекращение приема базисной терапии у 5-и человек (21,8%), эмоциональное перенапряжение у 6-и пациентов (26%).

Выводы. На территориальном врачебном участке возрастная группа, угрожаемая по развитию ИБС, составила 26,1%. Распространенность ИБС – 6,9%. Из них у 19,5% зарегистрировано ухудшение течения ИБС в течение года. Среди причин обострений доминировали случаи повышения артериального давления (52%).

ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕТ ХОРНА И ФАГЕНСТРЕМА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ

Дёмина Е.И., Чередниченко Ю.С.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель исследования: оценить тип курительного поведения и степень никотиновой зависимости у курящих пациентов.

Материал и методы. Проведен опрос 30-и пациентов на территориальном терапевтическом участке в городской поликлинике во время прохождения медицинского профосмотра. Опрошено и анкетировано с помощью анкет Хорна и Фагенстрема 14 женщин

и 16 мужчин, средний возраст $42,2 \pm 2,6$ года. Курящих оказалось 12 человек (40%). Проведен расчет индекса курильщика.

Результаты исследования. Индекс курильщика среди курящих составил 10 и более у 6-и человек (50%). Для расслабления курят 5 человек (42%), 2 человека (17%) «играют сигаретой», 2 пациента (17%) находят поддержку в ритуале курения, 2 человека (17%) курят рефлекторно, 1 пациент (7%) курит для стимуляции. Никотиновая зависимость у 5-и человек (42%) составила 2 балла, у 4-х (34%) - 4 балла, у 1-го пациента (8%) - 5 баллов, у 1-го курящего (8%) - 6 баллов и у 1-го пациента (8%) - 9 баллов.

Выводы. Среди опрошенных пациентов 40% составляют курящие. Из них злостными курильщиками являются 50%. Наиболее характерным типом курительного поведения опрошенных оказалось расслабление. Степень никотиновой зависимости у данных пациентов в большинстве случаев слабая и очень слабая.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПОЖИЛЫХ

Джалилова Р.А., Казанбиев Д.Н., Масуев К.А

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

г. Махачкала, Россия

Актуальность. Ошибки в диагностике ИЭ у пожилых отмечаются приблизительно в половине случаев. У больных с сопутствующей ИБС правильная трактовка эмболический инфарктов при ИЭ особенно затруднена.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 больных в возрасте от 43 до 70 лет с достоверно установленным диагнозом ИЭ. Большинство из них поступило в стационар с лихорадочным синдромом, с явлениями интоксикации. Острое течение выявлено у 33,3%, подострое у 55,6%, хроническое у 11,1%.

Результаты. Единственным абсолютным клиническим симптомом, свидетельствующим о поражении эндокарда и о наличии эндокардита, является появление диастолического или систолического шума формирующего порок сердца. Наиболее часто при ИЭ у пожилых страдает аортальный клапан (более чем у половины больных). Среди наблюдаемых пожилых больных локализация ИЭ на аортальном клапане отмечалась в 73% случаев. У 33,3% больных наблюдались выраженные головные боли, головокружения. У 11,1% из них присоединились очаговые неврологические синдромы. Симптоматика поражения нервной системы проявлялась у 55,5% больных. Нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу у 11,1%, геморрагическому—22,2%, адинамичность и спутанность сознания наблюдалась у 22,2% больных. У 44,4% больных нарастала отёчность под глазами и сопровождалась болями в поясничной области с эпизодами нарушения мочеиспускания и гематурией, что расценивалось, как симптоматика гломерулонефрита и инфаркта почки. Отмечались петехиальные геморрагические высыпания, преимущественно на передней поверхности грудной клетки, на ногах— в 22,3% случаев. У 33,3% больных эритематозные пятна в виде лоскутов. Артрит в сочетании с повышением температуры тела может быть причиной ошибочной диагностики ревматической лихорадки. Отмечалось нарастание явлений сердечной недостаточности у всех больных, у большинства - признаки митрально- трикуспидальной недостаточности— 67,7%, у 22,2%—формирование аортальной недостаточности, что лекомпенсацией хсн. В лабораторно—инструментальных исследованиях выявлены следующие симптомы: анемия у 67,7% больных, нарастание СОЭ до 50—60 мм/ч у всех больных. В одном случае лейкопения, у пожилого больного, у двоих—в пределах нормы, а у остальных лейкоцитоз. В большинстве случаев при ЭхоКГ выявлялись подвижные вегетации с признаками развития недостаточности клапанов. По клинико-морфологическому варианту выделяли 2 формы: первичную-протекающую на фоне не изменённый ранее клапанов сердца у 45,5% больных; вторичную-с указанием ранее существовавшей патологии сердца у 36,4% больных;

врожденный порок в 9,1% случаев, ревматические пороки в 27,3% случаях; пролапс митрального клапана—в 18,2%. Для пожилых характерно начало заболевания в форме прогрессирующей сердечной недостаточности и чаще при вторичных ИЭ на фоне приобретённых пороков сердца.

Заключение. ИЭ продолжает представлять серьёзную социальную проблему ввиду неблагоприятного прогноза и тенденций к распространению, особенно в эру оперативных вмешательств на сердце, а также широкими возможностями использования инвазивной инструментальной техники, вводимой в сердце и сосуды. Лихорадка может отсутствовать у пожилых.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Джулай Г.С., Джулай Т.Е.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Цель: изучить у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной преимущественно с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭРБ-ДГЭР), особенности психического статуса, личностного реагирования на болезнь и качества жизни (КЖ) в зависимости от выраженности рефлюкс-эзофагита (РЭ).

Материалы и методы исследования: у 129 больных (42 мужчины и 87 женщин) ГЭРБ-ДГЭР в возрасте 18-76 лет изучены особенности психического статуса (тест СМОЛ), типы отношения к болезни (тест ЛОБИ) и КЖ (адаптированный опросник КЖ КНЦ РАМН) при неэрозивном (НЭРЭ – 86 человек) и эрозивном РЭ (ЭРЭ – 43 человека).

Результаты. Тест СМОЛ не обнаружил изменений в психическом статусе 43,4% больных ГЭРБ-ДГЭР; в 40,3% случаев имели место транзиторные и нерезкие невротические и психопатические расстройства; отчетливые психопатические нарушения по отдельным шкалам теста отмечены в 16,3% случаев. Усредненные профили СМОЛ независимо от выраженности РЭ имели сходную конфигурацию с отсутствием выраженных пиков, располагались в диапазоне от 42 до 65 Т-баллов и характеризовались отчетливым подъемом на 1-ой, 2-ой, 3-ей, 4-ой и 7-ой шкалах теста и невысокими значениями на 9-ой. На всех профилях доминировал подъем на шкале депрессии. Эрозивный вариант РЭ сопровождался более выраженными невротическими и психопатическими сдвигами ($P < 0,05$).

При ГЭРБ-ДГЭР выявлена высокая частота тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического, дисфорического типов реагирования на болезнь, а также гармоничного типа. У больных с ЭРЭ сравнительно с НЭРЭ значительно доминируют типы отношения к болезни, характеризующие интрапсихическую направленность психической дезадаптации ($P < 0,05$), интерпсихическая направленность обеспечивалась доминированием в первую очередь эгоцентрического типа отношения к болезни. Различий по шкалам, составляющим условно-адаптивный блок теста, не отмечено.

У всех пациентов с ГЭРБ-ДГЭР выявлены ограничения повседневной жизненной активности, влияющие на КЖ. Профиль КЖ имел наиболее выраженные отрицательные пики на 1-й, 6-й, 9-й, 14-й и 15-й шкалах. Анализ индексов свидетельствует о большей степени снижения КЖ у больных с ЭРЭ сравнительно с НЭРЭ.

Вывод. Эмоционально-личностная сфера больных ГЭРБ-ДГЭР характеризуется преобладанием депрессивных, тревожных и ипохондрических тенденций, дезадаптивных типов личностного реагирования на болезнь – тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического, а также снижением качества жизни в связи с необходимостью длительного лечения, инструментального обследования, соблюдения диеты, ограничения трудовой деятельности, проведения досуга и социальных контактов. Их

клиническая выраженность определяется степенью воспалительных и эрозивных изменений в слизистой оболочке пищевода.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗОНЫ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА И РАССТРОЙСТВА НОЧНОГО СНА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

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

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Изучить характер расстройств ночного сна и их связь со структурными особенностями зоны пищеводно-желудочного перехода, проявлениями регургитации в пищевод и выраженностью рефлюкс-эзофагита (РЭ) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭРБ-ДГЭР).

Материалы и методы исследования: у 129 больных (42 мужчины и 87 женщин) ГЭРБ-ДГЭР в возрасте $41,4 \pm 13,52$ лет изучены качественные и количественные проявления диссомнии с применением оценочной шкалы Ю.А. Александровского при неэрозивном (НЭРЭ – 86 человек) и эрозивном РЭ (ЭРЭ – 43 человека).

Результаты. Расстройства ночного сна выявлены у 75,2% больных ГЭРБ-ДГЭР. Пресомнические нарушения имели место у 45,4% из них, интрасомнические – у 28,9%, постсомнические – у 25,8%. У большинства пациентов имел место смешанный тип диссомнии (72,2%).

Корреляционный анализ выявил наличие слабой прямой связи всех типов нарушений сна с наличием у больных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Коэффициенты корреляции, характеризующие связь ГПОД и нарушений сна, составили соответственно для пресомнических ($r_s=0,345$; $P<0,01$), интрасомнических ($r_s=0,375$; $P<0,01$), постсомнических ($r_s=0,296$; $P<0,01$) расстройств, а для суммарного индекса диссомнии – $r_s=0,385$ ($P<0,01$). Что касается корреляционных связей нарушений ночного сна и недостаточности кардии, то слабая прямая корреляция ($r_s=0,178$; $P<0,05$) выявлялась лишь для интрасомнического типа нарушений сна. Доказательством участия рефлюкса в пищевод в формировании диссомнии служат обнаруженные корреляционные связи между нарушениями сна и симптомом регургитации, при наличии которого выявлена прямая положительная корреляция слабой силы со всеми типами расстройств. Соответственно коэффициент корреляции r_s для пресомнических нарушений составил 0,273 ($P=0,002$), для интрасомнических – 0,340 ($P<0,01$), для постсомнических – 0,272 ($P=0,002$) и для суммарного индекса – 0,321 ($P<0,05$). При этом величины всех индексов расстройств сна у больных с ЭРЭ существенно выше, чем при НЭРЭ ($P<0,02$). Анализ связей типов нарушений сна и выраженности РЭ обнаружил прямую корреляцию слабой силы для индексов пресомнических ($r_s=0,394$; $P<0,01$), интрасомнических ($r_s=0,363$; $P<0,01$), постсомнических ($r_s=0,320$; $P<0,01$) и суммарных ($r_s=0,397$; $P<0,01$) нарушений сна.

Вывод. Ассоциированный с ДГЭР вариант ГЭРБ протекает с высокой частотой расстройств сна – преимущественно легких пресомнических и интрасомнических, механизм которых в том числе связан с рефлюксом в пищевод содержимого желудка, особенно при наличии таких структурных аномалий зоны пищеводно-желудочного перехода, как ГПОД и недостаточность кардии.

ГИПЕРАММОНИЕМИЯ НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Еремина Е.Ю., Козлова Л.С., Сяткин С.В.

Большинство хронических невирусных заболеваний печени манифестируют астеническим синдромом, механизм развития которого многообразен и до конца не изучен. Основная роль в развитии астенического синдрома принадлежит нейротоксическим метаболитам, образовавшимся в результате функциональной несостоятельности печени и нарушения ее детоксицирующей функции. Аммиак – один из важнейших и наиболее изученных нейротоксических метаболитов, роль которого детально изучена в развитии печеночной энцефалопатии при циррозе печени. Вместе с тем появляются данные о том, что гипераммониемия встречается у больных хроническими заболеваниями печени на доцирротической стадии в отсутствии явных клинических признаков печеночной энцефалопатии, либо она сопровождается минимальной печеночной энцефалопатией с нарушением психометрических тестов. Медико-социальное значение минимальной печеночной энцефалопатии определяется неадекватной реакцией пациента в экстремальных условиях, в первую очередь, при вождении автомобиля, что сопряжено с повышенным риском создания аварийных ситуаций

Цель исследования: определить целесообразность исследования аммониемии и признаков минимальной печеночной энцефалопатии у пациентов хроническими невирусными заболеваниями печени на доцирротической стадии

Материалы и методы исследования: обследованы на содержание аммиака в плазме крови 72 пациента с неалкогольной жировой болезнью печени на стадии стеатоза (15) и стеатогепатита (57) минимальной и умеренной активности в возрасте 35-65 лет, в т.ч. мужчин - 23, женщин - 49. У 40% обследованных отмечалось ожирение 1-2 ст. Для определения аммиака в плазме крови применен ферментативный тест Ammonia Ultra (Sentiel, Италия). Для обнаружения минимальной печеночной энцефалопатии использовали тест связи чисел.

Результаты исследования: Клиническая симптоматика у обследованных пациентов характеризовалась в 87,5% случаев признаками астенического синдрома (слабость, утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности), в 19,4% - диспепсическим синдромом, в 8,3% - умеренной гепатомегалией. У 11,1% пациентов субъективная симптоматика поражения печени отсутствовала. Тест связи чисел выполнили 62 пациента. У 41 (57%) из них отмечалось замедление времени (более 40 с) выполнения теста связывания чисел (52 - 85 с). Повышение уровня аммиака в плазме крови выше границы референтного значения (72 мкмоль/л) отмечено у 10 пациентов (14%), в т.ч. у 2 - со стеатозом (мужчины) и у 8 - со стеатогепатитом (3 женщины, 5 мужчин). У всех пациентов с гипераммониемией присутствовал астенический синдром и было удлинено время выполнения теста связывания чисел. 7 пациентам с гипераммониемией была проведена УЗ-эластометрия печени (FibroScan 402): результаты соответствовали значениям по Metavir: F0 – у 2, F 1 – у 3, F 2 – у 2 пациентов.

Выводы: Исследование содержания аммиака в плазме крови целесообразно для диагностики минимальной печеночной энцефалопатии при хронических невирусных заболеваниях печени на доцирротической стадии, особенно при наличии клинически манифестного астенического синдрома.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ

Ермина Е.Ю., Зверева С.И., Рябова Е.А.

ФГБОУВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся регургитацией желудочного и

дуоденального содержимого в пищевод, обусловленной моторно-эвакуаторной дисфункцией гастроэзофагеальной зоны. Одной из причин этих нарушений может быть нарушения вегетативного гомеостаза.

Цель исследования — изучение состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов с ГЭРБ в зависимости от характера преобладающего рефлюкса, морфологических изменений слизистой оболочки пищевода.

Методы исследования. В исследовании участвовали 57 больных ГЭРБ, из них 26 (45,6%) мужчин и 31(54,4%) женщина. Средний возраст пациентов 51,4±8,6 лет. Для диагностики ГЭРБ использовали клинико-анамнестические данные, ЭФГДС, суточное гастрокardiомониторирование с дальнейшей оценкой вариабельности сердечного ритма (BCP).

Результаты исследования. У пациентов с преобладанием кислых рефлюксов достоверно выше средние значения вегетативного показателя равновесия, что свидетельствует о большей активности симпатической нервной системы в регуляции работы сердца. Увеличение экспозиции кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода находится в прямой корреляционной зависимости от степени выраженности вегетативного дисбаланса с преобладанием симпатического отдела ВНС и уровня напряжения центральной нервной системы в регуляции функции синусового узла. Также выявлено, что эндоскопически позитивная ГЭРБ сопровождается достоверным снижением значения показателей BCP (rMSSD, pNN50), отражающих активность парасимпатического отдела ВНС, следовательно, у пациентов с выявленным эзофагитом доминирующим звеном регуляции является симпатическая нервная система.

Выводы. Преобладание кислых рефлюксов, морфологические изменения пищевода у пациентов с ГЭРБ являются факторами, способствующими развитию синдрома вегетативной дисфункции с преобладанием симпатикотонии.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Еремина Е.Ю., Герасименко И.В., Чернова О.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Актуальность изучения проблемы лекарственного гепатита у беременных определяется целым рядом обстоятельств. Во-первых, ростом случаев лекарственного гепатита в период беременности, развитие которого нередко является следствием полипрагмазии. Во-вторых, развитием серьезных осложнений лекарственного гепатита, таких как жировой гепатоз, фульминантная печеночная недостаточность, что может спровоцировать преждевременные роды и гибель плода. В-третьих, уровень развития репродуктивных технологий позволяет сохранять беременность женщинам с заболеваниями, требующими практически постоянного приема заведомо гепатотоксичных препаратов (вирусные гепатиты, ВИЧ – инфицированность, аутоиммунные болезни, в том числе аутоиммунные гепатиты и др.), что соответственно увеличивает риск развития лекарственного гепатита.

Цель исследования: изучить влияние ожирения и избыточной массы тела на течение лекарственного гепатита у беременных.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов и обменных карт 82 родильниц в возрасте от 19 лет до 41 года, проживающих в республике Мордовия. У включенных в анализ пациенток отмечалось повышение трансаминаз (аланинаминотрансферазы и аспаргатаминотрансферазы), которое при

исключении наиболее вероятных причин и наличии лекарственного анамнеза, было расценено как проявление лекарственного гепатита.

Результаты. Среди рассматриваемых случаев, 5 женщин имели ожирение I и II степени (6%) и 23 пациентки (28%) имели индекс массы тела выше 25. По результатам биохимических исследований высокая степень активности лекарственного гепатита (уровень трансаминаз более 10 норм) отмечалась у всех пациенток с ожирением и у 12 беременных с избыточной массой тела, умеренная активность воспалительного процесса в печени (уровень трансаминаз от 5 до 10 норм) наблюдалась у 8 женщин и минимальная активность (уровень трансаминаз до 5 норм) у 3 пациенток.

Выводы. Оценка влияния ожирения и избыточной массы тела на развитие лекарственно индуцированного воспалительного процесса в печени, показала, что указанные состояния не влияют на частоту встречаемости лекарственного гепатита среди беременных, однако повышают степень биохимической активности воспалительного процесса.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение приверженность лечению больных с фибрилляцией предсердий в поликлинических условиях.

Методы исследования. Обследовано 52 больных с фибрилляцией предсердий в возрасте от 40 до 72 лет. Из них 32(61,5%) мужчин и 20(38,5%) женщин. Контрольную группу составили 48 человек аналогичного пола и возраста. Среди этиологических факторов фибрилляции предсердий чаще встречалось сочетание ишемической болезни сердца с артериальной гипертензией (92% случаев).

Медикаментозное лечение пациентов с фибрилляцией предсердий включало в себя лечение основного заболевания: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, а также терапию, направленную на восстановление и удержание синусового ритма у больных с персистирующей формой аритмии и контроль частоты сердечных сокращений у больных с постоянной формой фибрилляцией предсердий. Биохимическое исследование крови включало определение калия, кальция, магния сыворотки крови, липидного спектра: общий холестерин, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды высокой плотности, триглицериды. Проводились электрокардиография, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ. Регулярность приема лекарственных препаратов оценивали с помощью универсального валидизированного теста Мориски - Грина. Тест Мориски-Грина является валидированным опросником, содержащим 4 вопроса, позволяющих оценить регулярность приема медикаментов, правильность выполнения назначений врача. Оценивалась информированность пациента о причинах развития осложнений сердечно - сосудистых заболеваний с помощью анкеты.

Результаты. Приверженными лечению считали больных, набравших 2 и менее баллов, неприверженными лечению -3 или 4 балла. Сравнивая гендерные различия в комплаентности, среди больных с фибрилляцией предсердий, выявлено, что мужчины более склонны забывать прием лекарства или пропускать прием препарата при изменении самочувствия. Женщины с фибрилляцией предсердий показали большую приверженность лечению и соблюдению врачебные рекомендации. Для повышения приверженности лечению пациентов с фибрилляцией предсердий способствовать может повышение доверия к врачу, осведомленность пациента о своем заболевании и возможных осложнениях.

Оценка информированности пациентов о причинах развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний показала низкий балл.

Выводы. Таким образом, по результатам анкетирования по шкале Мориски- Грин выявлено, что приверженность лечению у пациентов с фибрилляцией предсердий зависит от гендерной принадлежности, а также информированность пациентов о своем заболевании и возможных осложнениях повышает приверженности лечению.

Среди больных с фибрилляцией предсердий 51% пациентов нерегулярно принимали лекарственные препараты. Больные связывали это со сложностью принимать большое количество назначенных лекарств и при плохом или хорошем самочувствии более склонны забывать прием лекарственного препарата.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение состояния функции внешнего дыхания у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.

Методы исследования. Обследовано 54 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Из них мужчины составили 30(55,5%), женщины 24(44,5%), возраст колебался от 46 до 66 лет. Проводили спирометрии, оценка функции внешнего дыхания включала определение: объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), жизненной емкости легкого (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), индекс Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ) с пересчетом в % к должной величине. Диагностика ИБС осуществлялась неинвазивными методами путем нагрузочного тестирования ВЭМ. Рентгенографию грудной клетки проводили во фронтальной и боковых проекциях с целью оценки легочной ткани, бронхиального и сосудистого рисунка, размеров различных отделов сердца. Все пациенты в зависимости от наличия сопутствующего заболевания бронхолегочной системы были рандомизированы на две группы. В 1-ю группу составили 29 пациентов ИБС с сопутствующей ХОБЛ. Во 2-ю группу вошли 25 больных ИБС. Пациенты получали стандартную терапию, рекомендованную при лечении ИБС.

Результаты. В первой группе больных ИБС с ХОБЛ средняя степень тяжести дыхательной недостаточности регистрируются в 56% случаев. Указанные параметры значительно превышают аналогичные показатели во II группы больных, что и свидетельствуют о взаимовлиянии сопутствующих патологий на клиническое течение основного заболевания. Совместное течение ИБС и ХОБЛ способствовало электрофизиологическим нарушением миокарда. По данным ЭКГ в 1 группе отмечалась тенденция к увеличению частоты встречаемости блокады правой ножки пучка Гиса, гипертрофии левого предсердия и желудочка, удлинению интервала QRS, увеличению частоты сердечных сокращений.

Выраженная дислипидемия была выявлена у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ. Развитие обструкции дыхательных путей при ХОБЛ приводит к снижению форсированных экспираторных потоков в виде снижения бронхиальной проходимости на уровне крупных и мелких бронхов. Возрастание бронхиального сопротивления приводит к легочной гипервентиляции, что в свою очередь способствует увеличению давления в легочной артерии. Развивающаяся при ХОБЛ гипоксия и её компенсаторные механизмы (эритроцитоз, тахикардия) способствуют еще большему повышению потребности миокарда левого желудочка в кислороде в условиях недостаточной оксигенации крови при коронарном атеросклерозе и ухудшения микроциркуляции.

Выводы. Таким образом, сочетание ИБС с ХОБЛ усугубляет дисфункцию миокарда, характеризуется более выраженной дислипидемией, а также утяжеляет клиническое течение ХОБЛ, сопровождается более выраженной бронхообструкцией.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕРАПАМИЛА И АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение эффективности применения верапамила и амлодипина в составе комплексной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования. Обследовано 60 больных с хронической сердечной недостаточностью. Из них мужчины составили 35(58,3%), женщины 25(41,7%), возраст колебался от 46 до 78 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу составили 31 пациентов, принимавшие верапамил SR включенный в состав комплексной терапии. Во 2-ю группу вошли 29 больных, получавших комплексную терапию, включающую амлодипин. На момент включения и через 8 недель всем пациентам выполнялось комплексное обследование, включающее регистрацию электрокардиограммы, проведение эхокардиографии и функционально-нагрузочная проба в виде 6-минутной ходьбы, суточное мониторирование ЭКГ. Качества жизни больных и выраженность ХСН оценивали по шкале оценки клинического состояния, оценку клинического самочувствия пациента и выраженности симптомов с помощью визуальной аналоговой шкалы – ВАШ (10-балльная шкала, при этом 1 балл отражает наилучшее состояние пациента, а 10 баллов – наихудшее состояние).

Результаты. В качестве причин развития ХСН у всех пациентов отмечена ишемическая болезнь сердца. Большинство пациентов (95%) имели клинически выраженные проявления ХСН II функционального класса по NYHA, у 5% диагностирован III функциональный класс. В качестве причин декомпенсации наблюдались: нарушение режима приема лекарственных препаратов, нарушения водно - солевого режима. По данным эхокардиографии у 50% больных фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составили 50%, ФВ ЛЖ 40-49% наблюдались у 40% и у 10% больных ФВ ЛЖ -45%. При этом сохраняемая фракция выброса левого желудочка чаще регистрировалась у женщин, в этой группе отмечена более высокая частота дислипидемии. Через 2 месяца лечения среднее расстояние, пройденное в тесте с 6-минутной ходьбой, существенно увеличилось при лечении, включавшем как верапамил SR, так и амлодипин. Оба препарата обеспечивали улучшение клинического состояния и качества жизни. Однако при лечении амлодипином включенный в состав комплексной терапии улучшались эхокардиографические показатели диастолической функции левого желудочка.

Выводы. Использование блокаторов медленных кальциевых каналов в сочетании с комплексной терапией хронической сердечной недостаточности (ИАПФ, антагонисты альдостерона, бета - адреноблокаторы, диуретики), что может нивелировать негативные эффекты, связанные с гиперактивацией нейrogормонов и задержкой жидкости.

Таким образом, верапамил SR и амлодипин улучшали переносимость физической нагрузки. При этом верапамил SR показал себя как более эффективный препарат для достижения целевого уровня частоты сердечных сокращений и её контроля в течение суток. Во 2-й группе при лечении амлодипином улучшалась диастолическая функция левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Жусупова А.М.

Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель: изучить особенности течения бронхиальной астмы (БА) во время беременности, ее влияние на течение родов, состояние плода.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 14 беременных (средний возраст $27,1 \pm 3,6$ лет) с БА (длительность - $8,2 \pm 2,3$ лет) и 20 беременных без патологии органов дыхания (группа контроля). С контролируемой астмой было 5 беременных, с частично контролируемой астмой – 6, с неконтролируемой астмой - 3. Состояние функции внешнего дыхания (ФВД) исследовали при сроках гестации 9-12, 20-24 и 30-34 недели на микропроцессорном портативном спирографе СМП-21/01-«Р-Д» (Россия), проводилась пикфлоуметрия с определением пиковой скорости выдоха (ПСВ) в утренние и вечерние часы. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью пакета программ «Statistica» 7.0.

Результаты исследования. Отягощенная наследственность у больных БА имела место в 14,3% случаях, у 2/3 - поливалентная сенсibilизация. У 63,6% женщин бронхоспастические реакции провоцировались ОРВИ. У 64,3% больных выявлен сопутствующий аллергический ринит. Впервые в период гестации симптомы БА проявились у 14,3% женщин (в I и II триместре). Обострение БА на протяжении I триместра гестации было у 64,3% беременных, на протяжении 2-3 триместров - у 71,4% женщин. Наиболее часто обострения БА возникали при сроках беременности 12-13, 18-20, 25-28 и 35-36 недель. По данным спирографии к III триместру беременности отмечалось ухудшение показателей бронхиальной проходимости, наиболее выраженное при неконтролируемой астме. Отмечалось и снижение показателей ПСВ в динамике беременности ($p < 0,05$). При этом суточные колебания ПСВ, отображающие гиперреактивность бронхиального дерева и обратимость обструкции, нарастали с увеличением срока беременности во всех группах больных ($p < 0,05$).

Динамика клинического течения БА во время беременности: у 42,9% женщин – без перемен, у 14,3% – улучшение (в основном при контролируемой астме), у 42,9% - ухудшение. Осложненное течение беременности (ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, гестоз) у больных БА наблюдалось в 1,5 раза чаще, чем в группе контроля. Частота хронической фетоплацентарной недостаточности у больных БА в 4,5 раза была выше и предопределяла развитие хронической внутриутробной гипоксии плода в 2,9 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Преждевременные роды, переношенная беременность, антенатальная гибель плода наблюдались только у больных БА. Осложненное течение родов отмечено у 71,4% больных, что в 2,7 раза превышало показатель контрольной группы. Из осложнений родов наиболее частыми были преждевременное излитие околоплодных вод, родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Заключение. Клиническое течение БА у беременных характеризуется частыми обострениями, склонностью к утяжелению. Комплексная оценка ФВД у больных БА во время беременности позволит диагностировать утяжеление течения данного заболевания на ранних этапах развития, своевременная коррекция которого позволит предупредить неблагоприятные последствия для плода.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА С ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Жусупова А.М.

Карагандинский государственный медицинский университет,

Цель: осветить клинический случай сочетанного течения хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) с иммунной тромбоцитопенией (ИТП).

Материал и методы исследования. Больная Ш., 68 лет, наблюдалась в гематологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды с 2008г. Метод: описание клинического случая.

Результаты исследования. Диагноз ХЛЛ верифицирован в августе 2008г. на основании инфильтрации костного мозга зрелыми лимфоцитами (38%). На момент обращения у больной констатирована стадия IV по классификации Rai. В процесс были вовлечены периферические лимфоузлы, селезенка, доминировал геморрагический синдром в виде петехий и синячков, носовых кровотечений. В гемограмме 17000 лейкоцитов, 76% лимфоцитов, гемоглобин 90 г/л, тромбоциты единичные. Учитывая аллергическую реакцию на лейкоеран, незначительный лейкоцитоз химиотерапия не проводилась. На фоне лечения преднизолоном из расчета 1 мг/кг – купирование геморрагического синдрома, рост числа тромбоцитов. При отмене преднизолона – рецидив подкожных геморрагий и тромбоцитопении. Возобновление терапии преднизолоном с 2008г. по февраль 2015г. давало незначительный эффект в виде регресса геморрагического синдрома без явного прироста тромбоцитов. В связи с резистентностью к преднизолону предложена спленэктомия, от которой пациентка отказалась. В феврале 2015г. рекомендована терапия ритуксимабом, но в виду отсутствия данного препарата проводилась 4-дневная терапия дексаметазоном в дозе по 40 мг с приростом тромбоцитов до $34,8 \times 10^9/\text{л}$. В июле 2015г. вновь рецидив геморрагий с подключением преднизолона амбулаторно. Уровень тромбоцитов сохранялся в пределах $6-7 \times 10^9/\text{л}$. В марте 2016г. обширные подкожные кровоизлияния, кровоизлияния в склеру левого глаза, ротовую полость, носовые кровотечения. В гемограмме тромбоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $33,6 \times 10^9/\text{л}$, 66% лимфоцитов, 2% пролимфоцитов, тени Боткина-Гумпрехта, гемоглобин 90 г/л. В миелограмме 51,6% зрелых лимфоцитов. При иммунофенотипическом исследовании лимфоцитов крови с широкой панелью МКА (CD3, CD4, CD5+CD9-, CD7, CD8, CD20, CD19+CD23-, CD19+CD23+, CD19+CD5-, CD19+CD5+, HLA-DR, CD38, CD23+CD19-). Экспрессия CD38 определялась на 27,7% лимфоцитов. Цитогенетического исследования не проводилось. Вновь проведена 4-дневная терапия дексаметазоном в дозе по 40 мг с приростом тромбоцитов до $17 \times 10^9/\text{л}$. С июня по ноябрь 2016г. дважды проводились курсы высоких доз дексаметазона с незначительным эффектом. В феврале 2017г. наступила смерть больной на дому. Причина смерти: субарахноидальное кровоизлияние.

Заключение. У пациентов с ХЛЛ и иммунными цитопениями прогноз не столь печален, как в случае тех, у которых цитопении вызваны массивной инфильтрацией костного мозга. Для пациентов, не реагирующих на кортикостероиды, применяется лечение спленэктомией, моноклональными антителами и аналогами тромбopoэтина. Несмотря на прогресс в терапии вторичной тромбоцитопении аутоиммунного генеза, достигнутые знания не нашли применения в лечении данной пациентки.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Жусупова А.М., Аралова А.Р.

Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель: изучение состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) на отдаленных сроках лечения острого лейкоза (ОЛ).

Материал и методы исследования. В исследование включено 38 человек (средний возраст $22 \pm 1,4$ лет), составивших 2 группы: основную (13 пациентов в фазе ремиссии ОЛ с длительностью ремиссии от 5 до 8 лет) и контрольную (25 практически здоровых лиц). У 4 человек был острый нелимфобластный лейкоз, у 9 - острый лимфобластный лейкоз. Ремиссия достигалась применением программ лечения «7+3» и вариантов программы VFM-ALL. Обследованные лица получали антрациклины и циклофосфамид, вызывающие риск развития кардиомиопатии и сердечной недостаточности, поражение проводящей системы сердца; винкристин, способный поражать эндотелий сосудов; глюкокортикостероиды, потенциально приводящие к снижению сократительной способности миокарда вследствие миолиза по причине усиления катаболических процессов в организме. Для оценки состояния ССС проводили измерение артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), ежегодно электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию через 5 и 7 лет от наступления ремиссии.

Результаты исследования. Ни у одного из пациентов до дебюта ОЛ не было заболеваний ССС, в периоде ремиссии не было присоединения заболеваний, способных вызвать нарушения данной системы (миокардит, пневмония и др.). У всех обследованных отмечалась тенденция к урежению ЧСС, уровень АД не превышал 140/90 мм рт. ст., но у 3 пациентов имели место синкопальные состояния в бытовых условиях. По данным ЭКГ во всех случаях наблюдалось уменьшение ЧСС с течением времени: через 5 лет - 77-59 уд/мин (медиана - 72), через 7 - от 74 до 54 уд/мин (медиана - 63). В группе контроля ЧСС колебалась в пределах 65-85 уд/мин ($p > 0,05$). У 4 пациентов основной группы обнаружена тенденция к удлинению интервала PQ по мере продления сроков ремиссии. Эти изменения могут зависеть от многих факторов: увеличения возраста, нарастания их роста и массы тела, развивающейся брадикардии. В 2 случаях интервал PQ был 0,23-0,24 при ЧСС от 68 до 70 уд/мин (АВ-блокада 1 степени). У 2 человек регистрировались эктопические очаги возбуждения в виде предсердных экстрасистол (при записи 25-30 комплексов QRS - от 2 до 5 экстрасистол, в одном случае – бигеминия), у 8 - снижение вольтажа зубцов ЭКГ. В группе контроля наблюдалось лишь снижение вольтажа зубцов ЭКГ у 5 обследованных ($p > 0,05$). Размеры полостей левого предсердия и левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ, масса миокарда, определяемая по стандартной формуле, индекс массы ЛЖ соответствовали норме. Фракция выброса ЛЖ колебалась от 58% до 73%. Патологического кровотока на митральном и аортальном клапанах сердца не выявлено. Та же картина наблюдалась через 5 и 7 лет после наступления ремиссии.

Заключение. У пациентов в фазе ремиссии ОЛ длительностью от 5 до 8 лет наблюдаются функциональные изменения ССС, связанные с ранее проводившейся химиотерапией.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА Д

Зейд С.С.К., Яковлева Л.В., Мелитицкая А.В., Мурсалимов В.Д.

ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ, Россия, Уфа

Цель: определить особенности суточного ритма артериального давления у детей подросткового возраста со стабильной артериальной гипертензией (АГ) и дефицитом витамина Д.

Методы исследования: в исследование были включены 87 детей в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст $14,6 \pm 0,6$ года) со стабильной артериальной гипертензией из них 63 мальчика (71,5%) и 24 девочек (28,5%). Диагноз АГ верифицировался в соответствии с «Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с артериальной гипертензией» (2015г.). Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр с исследованием антропометрических показателей, ИМТ, измерение артериального давления (АД), анкетирование больных и их родителей для выявления характера питания, особенностей образа жизни и факторов риска, количественное определение 25(ОН) витамина Д в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД.

Результаты: Согласно полученным результатам, содержание 25(ОН)D в сыворотке крови у детей подросткового возраста с первичной АГ колебалось в широком диапазоне от 5,1 до 28,2 нг/мл. Средний уровень составил $16,9 \pm 0,8$ нг/мл. Недостаточность витамина Д наблюдалась у 77 детей (88,5%), дефицит витамина Д наблюдался у 10 детей (11,5%). При анализе форм артериальной гипертензии выявлено: преимущественно систолическая артериальная гипертензия зарегистрирована у 67% подростков. У остальных детей зарегистрирована стойкая систолодиастолическая артериальная гипертензия. Диастолическая АГ в нашем исследовании у больных не отмечена. Для подростков с артериальной гипертензией на фоне дефицита характерны нарушения циркадной организации суточного профиля, которые проявляются ригидным ритмом систолического артериального давления (50%, нон-дипперы) и избыточным ночным снижением диастолического артериального давления (35%, овер-дипперы). Анализ данных показал, что средняя скорость утреннего подъема, как САД, так и ДАД была больше нормы. Причем скорость утреннего подъема САД была увеличена в 75% случаев, ДАД – в 64,3%.

Выводы: Для подростков с артериальной гипертензией на фоне недостаточности витамина Д характерны преобладание систолической формы артериальной гипертензии (в 67,0% случаев) и нарушения циркадной организации суточного профиля, которые проявляются ригидным ритмом систолического артериального давления и избыточным ночным снижением диастолического артериального давления.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ

Зиняков Д. А., Инчина В. И., Уланова Т. В.

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н. П. Огарёва", Саранск, Россия

В связи с проблемой гиперхолестеринемии возникает необходимость в поиске новых препаратов, способных влиять на некоторые показатели липидного обмена. Особый интерес представляют производные 3-оксипиридина, в частности, гибридный антиоксидант N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина, в сравнении с симвастатином.

Цель настоящего исследования: изучить влияние соединения N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина на липидный обмен в условиях экспериментальной дислипидемии.

Материалы и методы: 4 группы по 10 белых крыс обоего пола массой 200 ± 10 г: 1 - интактная, 2 - контрольная, 3 - сравнительная, 4 - экспериментальная. Последним трем группам экзогенную гиперхолестеринемия создавали путем введения per os масляной суспензии холестерина из расчета 40 мг/кг, растворив в 0,2 мл растительного масла с добавлением витамина Д в дозе 12 500 ЕД/кг в течение 30 дней. Крысы контрольной группы получали физраствор в/м, 0,1 мл в течение 30 дней; группе сравнения вводили симвастатин per os в дозе 1мг/кг; 4 группа получала N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-

гидроксипиридина в/м в дозе 22,5 мг/кг. По окончании опыта у животных каждой группы определяли показатели липидного обмена в сыворотке крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП).

Результаты эксперимента: в контрольной группе общий ХС оказался выше на 48,2%, уровень ТГ выше на 62,4%, ХСЛПНП выше на 86,0%, а ХСЛПВП был ниже на 8,4% по сравнению с интактной группой. Содержание общего ХС: в большей степени снижает N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина - на 34,1% и симвастатин - на 33,7% ($P \leq 0,05$). Уровень ТГ значительно уменьшился также в группах со всеми исследуемыми препаратами - на 80,1% и с симвастатином - на 61,0% ($P \leq 0,05$). Показатели ХСЛПНП снизились в группах со всеми препаратами: в 4 группе - на 43,1%, в 3 группе - на 53,9% ($P \leq 0,05$). В группах со всеми препаратами отмечалось недостоверное повышение содержания ХСЛПВП. Так, симвастатин и N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина в меньшей степени повышали ХСЛПВП, на 10,7% и 10,6%, соответственно ($P > 0,04$). Кроме того, N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина оказывал влияние, сопоставимое с симвастатином на все исследуемые показатели липидного обмена, при этом в большей степени действуя на уровень общего ХС и ТГ, и в меньшей степени на ХСЛПНП и ХСЛПВП.

Вывод. На основании полученных результатов можно сделать следующий вывод: введение производных 3-оксипиридина, в частности, соединения N-ацетилцистеинат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина, корригирует некоторые показатели липидного обмена при экспериментальной дислипидемии, а также значительно снижает гипертриглицеринемию и уровень общего ХС. Использование данного препарата может приводить к уменьшению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, и как следствие, различных осложнений и летальных исходов.

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Зорькина А.В., Песоцкая Е.Н., Госткина Е.В.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

Целью исследования явилась оценка показателей качества жизни больных с диффузным токсическим зобом в зависимости от наличия сопутствующей железодефицитной анемии.

Методы исследования. Осуществлялось анкетирование 29 пациентов (женщины), с диффузным токсическим зобом (ДТЗ) и тиреотоксикозом тяжелой степени, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РМ «РКБ №4» и давших добровольное согласие на участие в исследовании. Из них у 13 пациентов в качестве сопутствующего заболевания была выявлена железодефицитная анемия легкой степени. Группой сравнения послужили анкеты 18 условно здоровых добровольцев (женщины). Анкетирование проводилось с использованием опросника SF-36 (The Short Form-36).

Результаты. По результатам теста SF-36 у пациентов с ДТЗ достоверно более низкие показатели были получены в группе с сопутствующей анемией по сравнению с данными группы без анемии по шкале «физическое функционирование», составившие соответственно 17% и 54% от уровня здоровых добровольцев. По шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» у пациентов с анемией показатель снижался на 63%, без сопутствующей анемии - на 55%. «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», снижалось у больных сравниваемых групп на 78% и 66% соответственно. Самооценка общего состояния здоровья была снижена у пациентов с ДТЗ и анемией на 53%, без анемии - на 41%. Показатель жизненной активности, подразумевающий

ощущение себя полным сил и энергии, снижался у больных с ДТЗ и анемией на 43%, без анемии - на 36%. Результирующий оценочный показатель физического компонента здоровья также был снижен в большей степени у пациентов с ДТЗ и анемией (на 70% по сравнению с 50%).

Однако по шкале «социальное функционирование», отражающей степень ограничения социальной активности (общение) вследствие физического или эмоционального состояния, показатель был достоверно снижен по сравнению с группой здоровых добровольцев только у больных без сопутствующей анемии (на 51%). Самооценка «психического здоровья», характеризующая настроение и являющаяся общим показателем положительных эмоций, достоверно снижалась также только в группе пациентов с ДТЗ без сопутствующей анемии (на 30%). При этом результирующий оценочный показатель психологического компонента здоровья снижался в большей степени у больных с ДТЗ без анемии – на 43%, а с сопутствующей анемией – на 28%. Одинаковая динамика в сравниваемых группах отмечалась только по шкале «интенсивность боли» и отражала ограничение активности пациентов вследствие различных болевых ощущений на 51% и 47%.

Таким образом, сопутствующая железодефицитная анемия оказывает существенное влияние на показатели качества жизни больных с ДТЗ, приводя к дальнейшему снижению физического компонента здоровья, активности, ролевого физического функционирования и физического функционирования, ограничивая отрицательную динамику самооценки социальной активности, психического здоровья и психологического компонента здоровья.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ДИНАМИКЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Зорькина А.В., Песоцкая Е.Н., Крылова И.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

Целью исследования явилось изучение эмоционально-личностных особенностей больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования. Работа выполнена на базе эндокринологического отделения ГБУЗ РМ «РКБ № 4». Для анкетирования использовали тест Спилбергера и шкалу дифференциальной самооценки функционального состояния. 1-ю клиническую группу составили 12 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (10 мужчин и 2 женщины), не получавших инсулин в составе комплексной терапии. Во 2-ю группу вошли 23 пациента с сахарным диабетом 2 типа, получавших инсулин (12 женщин и 11 мужчин). Группу условно здоровых добровольцев составили 15 человек (6 мужчин и 9 женщин) соответствующего возраста. Критерием включения в исследование явился диагноз сахарного диабета 2 типа и добровольное согласие на проведение анкетирования. Критерием исключения явилось тяжелое состояние пациентов, наличие серьезных сопутствующих заболеваний или осложнений, отягощающих состояние.

При поступлении в стационар по шкале Спилбергера уровень реактивной тревожности, то есть выраженность депрессивно-тревожных ощущений именно на данный момент, у пациентов с сахарным диабетом 2 типа обеих групп не отличался от данных здоровых добровольцев. Показатели личностной тревожности, отражающие более долговременные ощущения пациента, т.е. сложившиеся в обычном порядке, у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в обеих группах наблюдения были выше, чем у здоровых добровольцев, соответственно на 30% ($p < 0,05$) и 24% ($p < 0,05$). При этом несколько более выраженный уровень личностной тревожности регистрировался у женщин, чем у мужчин.

При повторном анкетировании через 10-12 суток стационарного лечения отмечался некоторый рост показателя реактивной тревожности по анализируемым группам пациентов и составил 104% и 112% соответственно от данных обследования на 2-3 день. Причем, у мужчин 2-й клинической группы наблюдалась достоверная динамика - показатель возрос на 16% ($p < 0,05$). По шкале дифференциальной самооценки функционального состояния показатель самочувствия пациентов с сахарным диабетом 2 типа при поступлении в стационар был снижен по сравнению с данными здоровых добровольцев на 23% ($p < 0,05$) и 20% ($p < 0,05$), показатель настроения – на 24% ($p < 0,05$) и 11% ($p < 0,05$), самооценка активности – на 13% ($p < 0,05$) и 15% ($p < 0,05$) в 1-й и 2-й группах соответственно. Причем, у женщин 2-й группы наблюдения самооценка настроения была ниже, чем у мужчин. Через 10-12 суток стационарного лечения достоверный рост самооценки самочувствия регистрировался только у женщин 2-й клинической группы (с $4,03 \pm 0,32$ до $5,20 \pm 0,12$, $p < 0,05$). Самооценка настроения в 1-й клинической группе была достоверно ниже, а во 2-й клинической группе – не отличалась от данных здоровых добровольцев. Самооценка активности в сравниваемых группах также не отличалась от данных здоровых добровольцев. **Таким образом,** оценка качества жизни пациентов с сахарным диабетом в условиях стационара является дополнительным критерием эффективности лечения и позволяет обеспечить психоориентированную направленность реабилитационной помощи в восстановительном периоде.

ИЗМЕНЕНИЕ АРИТМОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ АДРЕНАЛИНА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ И ГИПЕРГЛИКЕМИИ

Зорькина А.В., Табачков С.Д., Алтынова Е.В.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

Для исследования эффективности противоаритмических лекарственных препаратов используются различные экспериментальные модели, воспроизводящие нарушение ритма на интактных животных, что снижает возможность выявления всего спектра фармакологической активности и побочных эффектов препаратов, характерных для реальных клинических ситуаций.

Поэтому **целью данного исследования** явилось изучение особенностей течения адреналовых аритмий в условиях экспериментального моделирования нарушений липидного и углеводного обмена.

Методы исследования. В работе использовалась модель холестериневой дислипидемии, воспроизводимой на белых нелинейных крысах массой 180-240 г ежедневным введением внутрь масляного раствора холестерина в дозе 40 мг/кг и витамина Д2 в дозе 25000 МЕ/кг в течение 30 сут. Аллоксановая гипергликемия воспроизводилась путем однократного внутривентриального введения аллоксана в дозе 135 мг/кг подопытным животным. Моделирование аритмии производили на 30-е сутки эксперимента после введения этанала натрия в дозе 40 мг/кг внутривентриально. Для повышения чувствительности миокарда к катехоламинам, животным эндотрахеально вводили фторотан в дозе 50 мкл/кг. Через 1 минуту, на фоне искусственной вентиляции легких, внутривенно вводили адреналин в дозе 50 мкг/кг. ЭКГ записывали во II стандартном отведении на протяжении всего опыта.

Результаты. При моделировании адреналовой аритмии в группе интактных животных во всех случаях наблюдалось развитие нарушений сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии и экстрасистолии. В 17% (у 2 из 12) случаев аритмии сопровождалась нарушениями атриовентрикулярной проводимости. 5 животных погибло в

результате остановки сердца, у остальных подопытных животных наступило самопроизвольное восстановление сердечного ритма. ЧСС снизилась на 74% (с 351 ± 61 до 260 ± 22 , $p < 0,05$). У животных опытной группы с холестериновой дислипидемией введение адреналина привело к уменьшению ЧСС с 360 ± 46 до 200 ± 15 уд/мин, $p < 0,05$). Достоверных различий по частоте развития аритмий (у 6 из 10) по сравнению с интактными животными не наблюдалось. Однако достоверно увеличилась частота нарушений проводимости: атриовентрикулярные блокады регистрировались у всех животных этой опытной серии (у 10 из 10, $\chi^2 = 15,278$, $p < 0,001$). В группе животных с экспериментальным аллоксановым сахарным диабетом нарушения ритма также наблюдались у 100% животных и были представлены в основном частыми желудочковыми экстрасистолами, у 70% (7 из 10, $\chi^2 = 6,418$, $p < 0,05$) животных развились нарушения атриовентрикулярной проводимости, перешедшие затем в асистолию. Отмечалось развитие рефлекторной брадикардии на введение адреналина: частота сердечных сокращений снижалась с 377 ± 28 до 203 ± 17 в мин ($p < 0,05$).

Таким образом, эффект адреналина, как аритмогенного фактора, меняется в условиях моделирования нарушения липидного и углеводного обмена. Введение адреналина у животных с холестериновой дислипидемией и аллоксановой гипергликемией, в отличие от интактных, приводит к росту нарушений проводимости. Полученные данные, вероятно, могут быть объяснены изменением электропроводности клеточной мембраны и повышением ее электрической стабильности.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИУЛЬЦЕРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ОМЕПРАЗОЛА, ПРОИЗВОДНЫХ ТАУРИНА И НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Зорькин М.В., Болушева Л.Ф., Кондратьева Е.В.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

Целью исследования явилась оценка гастропротекторного и энтеропротекторного эффекта новых соединений антиоксидантного действия – производных никотиновой кислоты и таурина.

Методы исследования. В качестве повреждающего агента для индукции язвообразования в желудочно-кишечном тракте использовали в/б введение диклофенака в дозе 50 мг/кг один раз в день в течение двух дней. Животным, составившим контрольную группу, не вводили каких-либо корригирующих препаратов или соединений. В опытных группах животным предварительно с 1 по 5 сутки эксперимента один раз в день вводили в изомолярных дозах в/м одно из исследованных соединений: производных никотиновой кислоты и таурина с лабораторными шифрами ЛХТК-578 (9,12 мг/кг), ЛХТК-601 (7,61 мг/кг), ЛХТК-648 (9,95 мг/кг), ЛХТК-649 (9,42 мг/кг), ЛХТК-655 (9,26 мг/кг), ЛХТК-656 (9,78 мг/кг). Группу сравнения составили животные, получавшие внутрижелудочное введение зондовым способом омепразола с учетом максимальной суточной дозы и коэффициента переноса доз. Диклофенак во всех опытных сериях и серии сравнения вводился дважды на 5 и 6 сутки эксперимента. Выведение из опыта осуществлялось декапитацией после предварительного в/б введения тиопентала натрия (50 мг/кг). Оценка повреждения производилась на 7 сутки опыта визуально на всем протяжении ЖКТ.

Результаты исследования. Наиболее выраженный гастропротекторный эффект наблюдался в серии сравнения с введением омепразола, где количество и площадь язв желудка снижались на 25% и 64% соответственно, количество и площадь глубоких язв – на 45% и 75%, а количество и площадь язв с признаками кровотечения – на 71% и 86%. Из изученных соединений гастропротекторный эффект был сравним с действием омепразола у соединения с лабораторным шифром ЛХТК-656: площадь язв снижалась на 88%, количество и площадь язв с кровотечением – на 29% и 92% соответственно. Гастропротекторное действие остальных соединений уступало препарату сравнения в изученных дозах. Однако в

тонкой кишке антиязвенное действие омепразола было выражено гораздо слабее: уменьшалось количество язв и количество прободных язв, но снижение остальных показателей не было статистически достоверным. В опытных группах на фоне введения изученных соединений наблюдалось уменьшение общего количества язв на 64-86%, общей площади язв – на 52-78%, количества язв с кровотечением – на 76-93%, их площади – на 83-98%, предотвращалось образование прободных язв. В слизистой оболочке толстой кишки на фоне введения омепразола также не регистрировалось достоверного сокращения показателей язвообразования. Наиболее выраженный энтеропротекторный эффект в толстой кишке оказали соединения ЛХТК-601 и ЛХТК-578 – общая площадь язв сокращалась на 65-70%, количество и площадь язв с тромбом на 80%, предотвращалось образование язв с кровотечением. На фоне применения соединений ЛХТК-655 и ЛХТК 656 площадь язв сокращалась на 51-64%, достоверно ограничивалась площадь язв с тромбами и с кровотечением.

Таким образом, новые производные никотиновой кислоты и таурина являются перспективным классом соединений для поиска эффективных средств профилактики язвенного поражения желудочно-кишечного тракта в условиях введения нестероидных противовоспалительных препаратов.

ПИЩЕВОДНЫЕ И ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ РЕФЛЮКСА

Зябрева И.А.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Цель: изучить пищеводные и внепищеводные проявления рефлюксного синдрома у пациентов с малыми грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) при разных типах рефлюкса.

Материал и методы. У 120 пациентов (мужчин – 41, женщин – 79) в возрасте от 23 до 79 лет ($49,1 \pm 13,4$ лет) с ГПОД 1-2 степени, сопровождающимися гастроэзофагеальным (ГЭР) (36 человек в возрасте $51,8 \pm 13,4$ года) либо дуоденогастроэзофагеальным (ДГЭР) типами рефлюкса (84 человека в возрасте $48 \pm 13,3$ лет), изучены пищеводные и внепищеводные симптомы, дана оценка выраженности изжоги по клинической шкале ее интенсивности (Джулай Г.С., Секарева Е.В., 2010). У пациентов с ГЭР рефлюкс-эзофагит (РЭ) I степени был диагностирован в 16 случаях (45,7%), II-III степени – у 19 (54,3%); у лиц с ДГЭР – в 46 (54,1%) и 39 (45,9%) случаях соответственно.

Результаты. Рефлюксный синдром у больных диафрагмальными грыжами, протекающими с ГЭР, преимущественно проявлялся изжогой (97,1%) в разных сочетаниях с отрыжкой воздухом (17,1%), регургитацией и умеренной дисфагией (по 11,4%), умеренной одинофагией (8,6%), кислым привкусом (5,7%), ретростернальным дискомфортом (2,9%). При установленном ДГЭР изжога выявлялась в 98,8% случаев и протекала в сочетании с воздушной отрыжкой (14,1%), регургитацией (55,3%), умеренной дисфагией (10,6%), умеренной одинофагией (2,4%), кислым (22,4%) и горьким привкусом (47,1%), ретростернальным дискомфортом (15,3%). Внепищеводные симптомы при наличии ГЭР были представлены рефлюксным кашлем (11,4%), утренней осиплостью голоса и навязчивым першением или ощущением «кома» в горле (по 5,7%), а также приступами бронхиальной астмы (2,9%). При ДГЭР данные симптомы встречались в 9,4%, 12,9% и 3,5% случаев соответственно. Приступов бронхиальной астмы у пациентов с ДГЭР выявлено не было. ГЭР у больных с ГПОД чаще провоцировал многократные дневные изжоги (25,9%), сочетающиеся с ее ночными эпизодами в 33,5% наблюдений. В этих случаях изжога чаще возникала эпизодами под действием провоцирующих пищевых и поструральных факторов (44,4%) или отмечалась постоянно в течение года (51,9%), купировалась в течение часа

(70,4%) под действием одного из лекарственных препаратов (74,1%). При ДГЭР редкие (не-ежедневные) эпизоды изжоги и многократные в течение дня встречались одинаково часто (31,5% и 30,1% случаев соответственно). У этих пациентов преобладают эпизоды изжоги, возникающие под действием провокаций (53,4%), купирующиеся постепенно (45,2%) под действием одного из лекарственных препаратов (46,6%) или при исключении провоцирующего фактора (31,5%).

Выводы. Течение малых ГПОД сопровождается явлениями рефлюкс-эзофагита при наличии как ГЭР, так и ДГЭР. При этом частота и выраженность пищеводных и внепищеводных проявлений рефлюксного синдрома отчетливо преобладают у пациентов с ДГЭР, что требует дифференцированного подхода к лечению.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Инчина В.И., Замотаева М.Н., Конорев В.В., Миндрова К.И.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарёва»,
Саранск, Россия

Цель: установить степень коррекции патологических изменений в тканях лёгких, печени при хронической сердечной недостаточности у крыс в эксперименте при использовании соединений 3-гидроксипиридина.

Методы исследования. Эксперимент выполняли на белых нелинейных крысах, разделённых на четыре серии: 1 – крысы с гиперкатехоламиновой моделью хронического повреждения миокарда (без коррекции), 2 – животные с гиперкатехоламиновой моделью хронического повреждения миокарда при использовании 3-гидроксипиридина ацетилцистеината (25 мг/кг), 3 – крысы с гиперкатехоламиновой моделью хронического повреждения миокарда при применении 3-гидроксипиридина адипината (40 мг/кг), 4 – интактные животные. По окончании эксперимента анализировали относительную массу органов и проводили гистологическое исследование тканей лёгких, печени.

Результаты. В 1 серии относительная масса лёгких возросла по отношению к интактным на 108%, относительная масса печени была на 47% ($p < 0,05$) больше чем в 4 серии. При микроскопическом исследовании легочной ткани обнаруживались венозное полнокровие, диапедезные экстравазаты. В сосудах гипертрофия гладкомышечных элементов и эндотелиальных клеток. Отмечались выраженный интерстициальный и периваскулярный отек, утолщение плевры, межальвеолярных перегородок, лимфогистиоцитарные инфильтраты стенок альвеол. При гистологическом исследовании печеночной ткани выявлялись эритроцитарные экстравазаты, разрыхление подэндотелиального слоя, гипертрофия миоцитов и отечность адвентициальной оболочки, выраженная зернистая и гидропическая дистрофии гепатоцитов, выраженное полнокровие синусоидных капилляров, в сосудах – краевое стояние нейтрофилов и лимфоцитов. Эндотелиальные клетки сосудов гипертрофированы. Портальные вены и артерии расширены, полнокровны. В области триад – лимфоцитарная инфильтрация.

Во 2 серии относительная масса лёгких уменьшилась по отношению к 1 серии на 27%, и стала больше в сравнении с интактными крысами на 52%, относительная масса печени была меньше чем в 1 серии на 25% ($p < 0,05$), и близка по значениям к 4 серии. При гистологическом исследовании легких степень венозного полнокровия в сосудах менее выражена, чем в 1 серии. Выраженность интерстициального и периваскулярного отека менее интенсивна. Отмечалась незначительная отечность подслизистого слоя бронхов. При микроскопическом исследовании печени выраженность полнокровия минимальна. В просвете кровеносных сосудов наблюдаются нейтрофилы и лимфоциты. Кровоизлияния,

эритроцитарные extravazаты не отмечаются. Явления зернистой дистрофии умеренные, гидропическая дистрофия не встречается.

В 3 серии относительная масса лёгких уменьшилась по отношению к 1 серии на 15%, и стала больше в сравнении с 4 серией на 76% ($p < 0,05$), относительная масса печени была близка по значениям к 1 серии и была выше чем в 4 серии на 38% ($p < 0,05$). Микроскопически в легких наблюдался интерстициальный и периваскулярный отек, выраженность которого больше чем во 2 серии, но меньше чем в первой. Отмечалось венозное полнокровие, отек, слабовыраженная лимфоцитарная инфильтрация, гипертрофия мышечной оболочки бронхов. При микроскопии печёночной ткани выявлялись выраженное полнокровие, единичные лимфоцитарные инфильтраты, разрыхление подэндотелиального слоя с гипертрофией миоцитов. Зернистая и гидропическая дистрофии гепатоцитов умеренные.

Выводы. Наиболее эффективно патологические изменения в тканях лёгких и печени при хронической сердечной недостаточности у крыс в эксперименте корректировались применением 3-гидроксипиридина ацетилцистеината в дозе 25 мг/кг.

ВЛИЯНИЕ МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ β -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ И БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Каминский И.А., Бурмистрова Л.Ф., Бибарсова А.М., Рахматуллов Ф.К., Петров М.В.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Современный подход к терапии артериальной гипертензии предполагает не только влияние на сердечно-сосудистую систему, но и на другие органы и системы, оказывая при этом протективное действие. Прежде всего, это относится к воздействию на функцию почек. Этими обстоятельствами и определяются показания, противопоказания, а также характер побочных действий комбинированного применения β -адреноблокаторов и блокаторов рецепторов ангиотензина II.

Целью исследования явилось изучение влияния моно- и комбинированной терапии β -адреноблокаторами и блокаторами рецепторов ангиотензина II на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и микроальбуминурию.

Материал и методы. Обследовано 48 больных (26 мужчин и 22 женщин) с гипертонической болезнью – эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) II-III стадии и II степени (по классификации ВНОК, 2011) в возрасте от 40 до 62 лет (средний возраст $51,4 \pm 2,1$ года). Динамические наблюдения за больными составили от 2 месяцев до 14 мес. и в среднем – $6,9 \pm 0,4$ мес. Учитывая исходную величину СКФ, всех больных разделили на две группы: в 1-ю группу вошли больные со СКФ ≥ 70 мл/мин и колебалась от 69,8 мл/мин до 120 мл/мин (в среднем $80,2 \pm 2,5$ мл/мин), а во 2-й группе СКФ была более 120 мл/мин и колебалась от 121 до 187 мл/мин ($130,4 \pm 2,3$ мл/мин). В 1-й группе монотерапию начинали с блокаторов рецепторов ангиотензина II, а во 2-й группе – с β -адреноблокаторов, что позволило оценить действие монотерапии. В каждой группе после монотерапии была назначена комбинированная терапия с использованием другого препарата.

Результаты. Динамика показателей СКФ у больных 1-й группы на фоне монотерапии блокаторами рецепторов ангиотензина II выявила достоверное увеличение СКФ в среднем на 15,8% ($p < 0,01$). Также отмечалось снижение уровня МАУ в среднем на 10,5%; $p < 0,05$. У больных 2-ой группы на фоне монотерапии β -адреноблокаторами СКФ уменьшилась в среднем на 10,4% ($p < 0,05$), а также достоверно уменьшилась МАУ (в среднем на 9,8%;

$p < 0,05$). При этом наибольшая нормализация анализируемых показателей отмечалась при комбинированной терапии кординорма и валза.

Нами также была выявлена зависимость уровня СКФ и МАУ от суточного индекса АД. Так у больных с суточным профилем «night-peaker» величина МАУ и СКФ были выше чем у пациентов с профилем «dipper» в среднем на 4,3% ($p > 0,05$) и 5,1% ($p > 0,05$) соответственно, а с суточным профилем «non-dipper» величина МАУ – в среднем на 6,3% ($p > 0,05$), СКФ же была ниже на 3,2% ($p > 0,05$). При этом наиболее высокий уровень МАУ выявлялся у больных с диастолическим АД 100 мм.рт.ст. и более и составил в среднем $256,7 \pm 3,2$ мг/сут. Анализ изменения МАУ выявил достоверную связь ее выраженности от ИВСАД. При уменьшении ИВСАД величина МАУ снижалась в среднем на 9,6% ($p < 0,05$). Сравнительный анализ сдвигов МАУ позволил обнаружить зависимость ее от наличия гипертрофии левого желудочка. При гипертрофии миокарда ЛЖ отмечается достоверное повышение МАУ в среднем на 7,6% ($p > 0,05$).

Выводы. На основании полученных данных следует, что в формате комбинированной терапии β -адреноблокаторами и блокаторами рецепторов ангиотензина II происходит улучшение клубочковой фильтрации и уменьшение микроальбуминурии. Таким образом, комбинированное применение β -адреноблокаторов и блокаторов рецепторов ангиотензина II обеспечивает нормализацию суточного профиля АД, а также улучшает функцию почек.

К ВОПРОСУ ПРОТИВОРЕЧИВОСТИ КОНЦЕПЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА

Кинякина Н.А.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Россия

Цель работы: привлечь внимание к существующим противоречиям распространенной концепции факторов риска (ФР) и, тем самым, уточнить некоторые догмы профилактической кардиологии.

Материалы и методы. Проведен поиск материалов в печатных изданиях и в интернет на сайтах Минздрава РФ, Российского и Европейского обществ кардиологов, Американской кардиологической ассоциации и др., в базах данных e-library, Pub Med, Medline и т.п. Кроме того, работа основана на некоторых результатах выполненного «ОКС-Регистра в Мордовии»

Результаты и их обсуждение. Чрезвычайно распространено мнение, что коррекция факторов риска способна обеспечить снижение как сердечно-сосудистой, так и общей смертности. Однако, ФР в ряде ситуаций могут выступать только индикаторами вероятности возникновения болезни, и их коррекция не обязательно улучшает прогноз. Анализ данных упомянутого Регистра показал, что из 305 пациентов с ОКС курили 83 мужчины (27 %) и 2 женщины (0,6 %), т.е. курение как ФР себя «не показало». То же и с гиперхолестеринемией: уровень холестерина оказался равен в среднем $5,0 \pm 0,1$ моль/л - «верхняя» граница нормы. Попытка объяснить выявленное несоответствие ссылками на литературные источники показала, что такая ситуация не уникальна. Есть публикации, в которых приводятся данные о безуспешной борьбе с курением и гиперхолестеринемией у тысяч больных ИБС, у которых и заболеваемость, и смертность не менялись к лучшему. Также малоизвестен в России «парадокс курения». Суть его в том, что курящие больные с инфарктом миокарда имеют более благоприятный прогноз, чем некурящие. Объяснение указанного феномена – на уровне предположений. Неясны окончательно и «французский парадокс», «израильский парадокс», «швейцарский альпийский парадокс», «испанский парадокс», «парадокс ожирения» и т.д. Вопрос, тем более, нуждается в прояснении, т.к.

предполагаемое общее число ФР более 200, а профилактическое медикаментозное лечение не так уж редко чревато смертельными осложнениями (например, «большие» аспиринные кровотечения или многочисленные более или менее опасные побочные эффекты статинов). Связь смертности с ФР представляется проблематичной и с точки зрения статистики. Если сравнить сведения о числе умерших по основным классам причин смерти на 100000 населения (в т.ч. от болезней системы кровообращения) за январь - июль 2017 года, то разницу данных в Рязанской обл. и в соседней Калужской обл. (86,7 и 107,7) с позиций большого различия ФР объяснить вряд ли удастся.

Выводы. Несмотря на обманчивую простоту, концепция факторов риска является сложной и противоречивой проблемой, в т.ч. учитывая многочисленные парадоксы. Устранение 1-2 факторов риска может привести к феномену "перекачки смертности", когда снижение фатального исхода одних заболеваний сопровождается повышением смертности от других, не давая результата с точки зрения увеличения продолжительности жизни. Необходимы дальнейшие исследования в этой области.

К ВОПРОСУ ПРОТИВОРЕЧИВОСТИ КОНЦЕПЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА

Кинякина Н.А.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Россия

Цель работы: привлечь внимание к существующим противоречиям распространенной концепции факторов риска (ФР) и, тем самым, уточнить некоторые догмы профилактической кардиологии.

Материалы и методы. Проведен поиск материалов в печатных изданиях и в интернет на сайтах Минздрава РФ, Российского и Европейского обществ кардиологов, Американской кардиологической ассоциации и др., в базах данных e-library, Pub Med, Medline и т.п. Кроме того, работа основана на некоторых результатах выполненного «ОКС-Регистра в Мордовии»

Результаты и их обсуждение. Чрезвычайно распространено мнение, что коррекция факторов риска способна обеспечить снижение как сердечно-сосудистой, так и общей смертности. Однако, ФР в ряде ситуаций могут выступать только индикаторами вероятности возникновения болезни, и их коррекция не обязательно улучшает прогноз. Анализ данных упомянутого Регистра показал, что из 305 пациентов с ОКС курили 83 мужчины (27 %) и 2 женщины (0,6 %), т.е. курение как ФР себя «не показало». То же и с гиперхолестеринемией: уровень холестерина оказался равен в среднем $5,0 \pm 0,1$ моль/л - «верхняя» граница нормы. Попытка объяснить выявленное несоответствие ссылками на литературные источники показала, что такая ситуация не уникальна. Есть публикации, в которых приводятся данные о безуспешной борьбе с курением и гиперхолестеринемией у тысяч больных ИБС, у которых и заболеваемость, и смертность не менялись к лучшему. Также малоизвестен в России «парадокс курения». Суть его в том, что курящие больные с инфарктом миокарда имеют более благоприятный прогноз, чем некурящие. Объяснение указанного феномена – на уровне предположений. Неясны окончательно и «французский парадокс», «израильский парадокс», «швейцарский альпийский парадокс», «испанский парадокс», «парадокс ожирения» и т.д. Вопрос, тем более, нуждается в прояснении, т.к. предполагаемое общее число ФР более 200, а профилактическое медикаментозное лечение не так уж редко чревато смертельными осложнениями (например, «большие» аспиринные кровотечения или многочисленные более или менее опасные побочные эффекты статинов). Связь смертности с ФР представляется проблематичной и с точки зрения статистики. Если сравнить сведения о числе умерших по основным классам причин смерти на 100000 населения (в т.ч. от болезней системы кровообращения) за январь - июль 2017 года, то

разницу данных в Рязанской обл. и в соседней Калужской обл. (86,7 и 107,7) с позиций большого различия ФР объяснить вряд ли удастся.

Выводы. Несмотря на обманчивую простоту, концепция факторов риска является сложной и противоречивой проблемой, в т.ч. учитывая многочисленные парадоксы. Устранение 1-2 факторов риска может привести к феномену "перекачки смертности", когда снижение фатального исхода одних заболеваний сопровождается повышением смертности от других, не давая результата с точки зрения увеличения продолжительности жизни. Необходимы дальнейшие исследования в этой области.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЙ ЛИКОПИНА С РАСТИТЕЛЬНЫМ И ЖИВОТНЫМ ЖИРОМ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ

Клочков В.А., Чалык Н.Е., Фролова Т.А., Ансимова О.М., Радаева И.Ю.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель исследования: Целью данного исследования было изучение влияния комбинаций ликопина с оливковым и сливочным маслом на патологические уровни липидов у лиц среднего и пожилого возраста.

Методы исследования: Исследовались две группы пациентов сходного возраста (по 24 чел в каждой), параметров липидного спектра и уровня артериального давления (АД - по данным суточного мониторинга), сравнимых по гендерному составу. Пациенты обеих групп получали одинаковое количество масла (как оливкового, так и сливочного – 15 гр) совместно с ликопином в желатиновых капсулах в дозе 15 мг. Режим приема - 1 раз в обед с едой. Длительность курса составила 4 недели. Изучаемые параметры – липидный спектр сыворотки крови, уровни малонового диальдегида и с-реактивного белка анализировались до начала курса и по его окончании.

Результаты: Исходный уровень исследуемых параметров в группе, принимавших ликопин в комбинации со сливочным маслом составил в среднем: уровень общего холестерина 226 ± 20 мг/дл, ЛПВП – 39 ± 6 мг/дл, ЛПНП - 150 ± 10 мг/дл, ТГ - 158 ± 16 мг/дл, МДА (уровень малонового диальдегида) – 2,2 нМ/мл, с-реактивного протеина – 7,0 мг/л.

После месячного курса употребления ликопина со сливочным маслом указанные параметры изменились следующим образом: 207 ± 18 мг/дл ($p < 0,001$), ЛПВП – 40 ± 5 мг/дл ($p < 0,05$), ЛПНП - 140 ± 8 мг/дл ($p < 0,001$), ТГ - 143 ± 15 мг/дл ($p < 0,001$), МДА (уровень малонового диальдегида) – 1,6 нМ/мл ($p < 0,001$), с-реактивного протеина – 5,0 мг/л ($p < 0,001$). В группе пациентов принимавших ликопин с оливковым маслом начальные показатели составили: уровень общего холестерина 221 ± 16 мг/дл, ЛПВП – 39 ± 5 мг/дл, ЛПНП - 152 ± 9 мг/дл, ТГ - 150 ± 10 мг/дл, МДА (уровень малонового диальдегида) – 2,26 нМ/мл, с-реактивного протеина – 7,0 мг/л. После месячного приема параметры составили: 215 ± 11 мг/дл ($p < 0,01$), ЛПВП – 39 ± 4 мг/дл ($p < 0,1$), ЛПНП - 144 ± 8 мг/дл ($p < 0,01$), ТГ - 148 ± 18 мг/дл ($p < 0,01$), МДА (уровень малонового диальдегида) – 2,21 нМ/мл ($p < 0,01$), с-реактивного протеина – 6,8 мг/л ($p < 0,01$).

Сравнение результатов, полученных в двух группах, говорят о том, что положительная динамика липидного спектра в группе со сливочным маслом была более статистически достоверна, чем в группе, принимавшей в качестве транспортного агента в желудочно-кишечном тракте оливкового масла.

Этот факт можно считать несколько парадоксальным, так как диетическая нагрузка жирами животного происхождения обычно вызывает неблагоприятное влияние на дислипидемию как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. По-видимому, процесс абсорбции жирорастворимого ликопина в этом случае идет заметно активнее.

Выводы: Усвоение антиоксиданта ликопина с последующей положительной динамикой липидного состава крови с использованием в качестве носителя животного

сливочного масла имеет больший эффект, чем аналогичный результат с применением растительного оливкового масла.

САХАРОСНИЖАЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИРОДНЫХ АНТИОКСИДАНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.

Клочков В.А., Чалык Н.Е., Фролова Т.А., Ансимова О.М., Радаева И.Ю
НИИ кардиологии ГОУ ВПО СГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России,
Саратов, Россия

Цель. Оценить влияние антиоксиданта из группы каротиноидов ликопина (7,5 мг в виде раствора в масле какао) и антоцианов экстракта аронии (черноплодной рябины) на уровень глюкозы сыворотки крови у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией на фоне сниженной толерантности к углеводам.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 70 пациентов хронической ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией (24 мужчины и 32 женщины), прошедшие тест толерантности к углеводам (прием 75 г глюкозы (Гл.) на 500 мл теплой воды с добавлением для коррекции вкуса лимонного сока). Средний уровень максимального подъема уровня глюкозы крови через два часа после начала теста (Гл.мах) по группе составил $8,4 \pm 0,4$ ммоль/л. Лица, имевшие превышения уровня в 11 ммоль/л исключались из исследования.

Исследуемые были рандомизированы на две подгруппы по 35 человек в каждой. Подгруппа 1 получала препарат ликопина в микрокапсульной форме в дозе 7,5 мг однократно в момент потребления максимального количества пищи (обед), подгруппа 2 – 1 капсулу экстракта аронии, содержащую 350 мг основных антоцианов – цианидина-3-гликозида и цианидина-3-арабинозида в аналогичном режиме приема. Продолжительность курсового лечения составила 4 недели. Исключался прием препаратов, могущих повлиять на уровень сахара в сыворотке крови. Пациенты придерживались обычной для себя диеты. Полученные результаты.

Исходные показатели в подгруппе 1 составили в среднем: Гл – $6,1 \pm 0,3$ ммоль/л, Гл.мах – $8,7 \pm 0,4$ ммоль/л,

В подгруппе 2 аналогичные параметры составили: Гл – $6,3 \pm 0,3$, Гл.мах – $8,7 \pm 0,5$ ммоль /л, Статистических различий в других клинических и лабораторных показателей не отмечалось.

После проведения месячного курса терапии ликопином в подгруппе 1 изучаемые показатели составили в среднем: $5,4 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$), Гл.мах – $7,9 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,001$).

В подгруппе 2 параметры после терапии были следующими: $5,3 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$), Гл.мах – $7,9 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,001$).

Выводы. 1. Результаты исследования свидетельствуют о благоприятном воздействии антиоксидантной терапии на углеводный обмен у больных с нарушением утилизации глюкозы.

2. Не отмечено достоверного различия в эффекте ходовых доз антиоксидантов разных групп на уровень глюкозы в крови, что, вероятно, свидетельствует об общности их механизма – торможении повреждающего влияния реактивных форм кислорода на звенья транспорта основного углеводного энергетика клеток организма.

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кобелевская Н.В.

Российский Университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Цель: Проведение сравнительного анализа методов оценки коморбидности у пациентов с хроническими психическими расстройствами (ХПР).

Методы исследования: У 50 пациентов с ХПР в возрасте 40-60 лет была проведена оценка коморбидности соматической патологии с использованием четырех наиболее распространенных методов: системы CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), индекса Kaplan–Feinstein, шкалы ICED (Index of CoExistent Disease) и индекса Charlson. Группу контроля составили 50 пациентов без ХПР, отобранные по принципу "случай-контроль".

Результаты: Изучение вышеуказанных шкал показало, что они по-разному учитывают наличие ХПР, так CIRS включает "психические нарушения" (депрессия, беспокойство, возбуждение, психоз), из которых ХПР могут быть оценены в 2 (болезни, нуждающиеся в назначении медикаментозной терапии) или 3 балла (заболевание, ставшее причиной инвалидности); индекс Charlson оценивает "деменцию" в 1 балл; индекс Kaplan–Feinstein включает "алкоголизм" с 0-3 баллами в зависимости от тяжести, ICED позволяет оценить "психические функции" в части функциональных характеристик в 1-2 балла.

При подсчете индексов Charlson и Kaplan–Feinstein в обеих группах определены низкие уровни коморбидности без существенных различий между группами. Средний индекс Charlson в основной группе пациентов составил $3,7 \pm 0,71$ и $3,2 \pm 0,53$ в контрольной. Индекс Kaplan–Feinstein составил в среднем $8,6 \pm 1,2$ у пациентов с ХПР и $7,1 \pm 1,1$ без ХПР. Оценка алкоголизма не имела существенного значения в связи с его одинаковой распространенностью в обеих группах, как и оценка деменции в связи с ее низкой частотой в среднем возрасте.

При использовании шкалы ICED и, особенно, системы CIRS получены большие значения и значимые различия между группами. Среднее значение ICED составило $15,2 \pm 1,1$ в основной группе и $9,3 \pm 1,2$ в контрольной, а CIRS: $19,4 \pm 0,9$ и $13,9 \pm 1,1$ соответственно, что обусловлено с одной стороны более широким диапазоном оцениваемых нозологий, а с другой возможностью учета тяжести течения заболеваний, в том числе и психических, а также оценки целого ряда функциональных расстройств и метаболических нарушений. Последнее является особенно важным. т.к. нейроэндокринная дисфункция, вызываемая приемом психофармакотерапии (нейролептиков и антидепрессантов), приводит к развитию дислипидемии и нарушениям углеводного обмена, лежащих в основе поражения сердечно-сосудистой системы и развития ряда соматических нозологий, которые могут иметь стертые клинические проявления на фоне ХПР.

Выводы: При анализе коморбидного статуса больных ХПР с помощью наиболее распространенных шкал оценки были получены различные результаты. Неоднозначность и противоречивость результатов оценки связана с тем, что рассмотренные шкалы носят суммационный характер и отражают обобщенный взгляд на заболевания, а применяемые индикаторы не позволяют оценить особенности ХПР. Система CIRS показала наилучшую ценность, т.к. позволяет учесть влияние психических расстройств и косвенно психофармакотерапии на функциональное состояние пациента, хотя оценка эта носит очень грубый характер.

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кожневникова С.А., Будневский А.В., Прозорова Г.Г., Трибунцева Л.В., Луев И.А. Олышева И.А., Черницын И.М.

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

Цель. Разработка мер по профилактике обострений ХОБЛ и коррекции компонентов МС.

Методы исследования. Обследовано 70 пациентов с ХОБЛ (GOLD 2) вне обострения и МС (43 мужчины, 27 женщин, средний возраст – $48,31 \pm 0,64$ лет). Сформировано 2 группы, сопоставимых по ряду социально-демографических показателей: 1 группа – 35 пациентов (12 женщин, 23 мужчины, средний возраст – $47,11 \pm 0,44$ лет), которым на фоне стандартной терапии ХОБЛ был проведен комплекс реабилитационных мероприятий (обучение больных, физические тренировки, разработанные с учетом МС); 2 группа – 35 пациентов (10 женщин, 25 мужчин, средний возраст – $47,08 \pm 0,22$ лет), которые получали только стандартную терапию ХОБЛ. Клиническое обследование пациентов проводилось при включении в исследование и через 12 месяцев: оценка антропометрических показателей: рост, масса тела, ОТ, ИМТ; оценка уровня АД; определение уровня ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП; уровня глюкозы крови натощак и ПТТГ, оценка тяжести течения ХОБЛ по числу обострений, оценка КЖ с помощью опросников SGRQ и SF-36. Статистическая обработка выполнена на ПК с использованием стандартных статистических методов и пакета программ STATGRAPHICS Plus 5.1.

Результаты. Через 12 месяцев у больных 1 группы была получена достоверная и с тенденцией к статистически значимой положительная динамика исследуемых показателей по сравнению с пациентами 2 группы: у женщин уменьшилась ОТ на 8,8 см ($F=6,91$; $p=0,0394$), у мужчин – на 5,25 см ($F=18,32$; $p=0,0401$), снизился ИМТ на $1,28 \text{ кг/м}^2$ ($F=5,72$; $p=0,0311$); уровень САД снизился на 1,67 мм рт. ст. ($F=3,58$; $p=0,0587$), уровень ДАД – на 1,74 мм рт. ст. ($F=3,99$; $p=0,0531$); уровень ТГ снизился на 0,10 ммоль/л ($F=8,77$; $p=0,0589$), уровень ХС ЛПВП повысился на 0,09 ммоль/л ($F=101,02$; $p=0,056$), уровень ХС ЛПНП снизился на 0,10 ммоль/л ($F=81,47$; $p=0,0532$); снизился уровень глюкозы натощак на 0,38 ммоль/л ($F=79,12$; $p=0,0533$), снизился уровень глюкозы после ПТТГ на 0,49 ммоль/л ($F=16,82$; $p=0,0577$). Коррекция компонентов МС у пациентов 1 группы способствовала положительному достоверному изменению течения ХОБЛ, КЖ пациентов: достоверно снизилось число обострений заболевания в 1,8 раз ($F=47,01$; $p=0,0002$); достоверно улучшились результаты оценки КЖ по опросникам SGRQ и SF-36 ($p<0,05$).

Выводы. Разработанные меры по профилактике обострений ХОБЛ и коррекции компонентов МС – обучение и физические тренировки, разработанные с учетом сочетанного течения ХОБЛ и МС, способствуют динамике МС с тенденцией к обратимости, что достоверно улучшает клиническое течение ХОБЛ в виде снижения числа обострений заболевания, и, как результат, улучшает КЖ пациентов данной категории.

АКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кожевникова С.А., Будневский А.В., Прозорова Г.Г., Трибунцева Л.В., Олышева И.А., Черницын И.М.

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

Цель. Коррекция состояния хронического системного воспаления и профиля адипоцитокинов у пациентов с ХОБЛ и МС.

Методы исследования. Обследовано 70 пациентов с ХОБЛ (GOLD 2) вне обострения и МС (43 мужчины, 27 женщин, средний возраст – $48,31 \pm 0,64$ лет). Сформировано 2 группы, сопоставимых по ряду социально-демографических показателей: 1 группа – 35 пациентов (12 женщин, 23 мужчины, средний возраст – $47,11 \pm 0,44$ лет), которым на фоне стандартной терапии ХОБЛ был проведен комплекс реабилитационных мероприятий (обучение больных, физические тренировки, разработанные с учетом МС); 2 группа – 35 пациентов (10 женщин, 25 мужчин, средний возраст – $47,08 \pm 0,22$ лет), которые получали только стандартную терапию ХОБЛ. Анализ состояния хронического системного воспаления и профиля

адипоцитокинов пациентов с ХОБЛ и МС проводился при включении в исследование и через 12 месяцев на фоне обучения и физических тренировок: активность системного воспалительного ответа – провоспалительные цитокины (ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α) и противовоспалительные цитокины (ИЛ-4, ИЛ-10) оценивалась с помощью «сэндвич»-варианта твердофазного ИФА с использованием наборов реактивов «Интерлейкин-6-ИФА-Бест», «Интерлейкин-8-ИФА-Бест», «альфа-ФНО-ИФА-Бест», «Интерлейкин-4-ИФА-Бест», «Интерлейкин-10-ИФА-Бест» (Россия); оценка профиля адипоцитокинов – орексигенный гормон (лептин) и анорексигенный гормон (адипонектин) проводилась с помощью ИФА с использованием наборов реактивов «Leptin-Sensitive-Elisa», «Adiponectin-Elisa» фирмы «Mediagnost GmbH» (Германия). Статистическая обработка выполнена на ПК с использованием стандартных статистических методов и пакета программ STATGRAPHICS Plus 5.1.

Результаты. Через 12 месяцев у пациентов 1 группы были получены изменения активности воспалительного ответа с тенденцией к статистически значимым, достоверные изменения профиля адипоцитокинов по сравнению с пациентами 2 группы: уровень ИЛ-6 снизился на 1,32 пг/мл ($F=6,12$; $p=0,0578$), ИЛ-8 – на 1,10 пг/мл ($F=8,10$; $p=0,0539$) и ФНО- α – на 2,03 пг/мл ($F=9,01$; $p=0,0551$); уровень ИЛ-4 вырос на 1,56 пг/мл ($F=7,21$; $p=0,0576$), ИЛ-10 – на 0,78 пг/мл ($F=8,47$; $p=0,0581$); уровень лептина снизился на 6,55 нг/дл ($F=45,62$; $p=0,0001$), уровень адипонектина вырос на 2,67 мг/мл ($F=111,01$; $p=0,0000$).

Выводы. Комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов с ХОБЛ и МС должен включать обучение больных, физические тренировки, разработанные с учетом сочетанного течения ХОБЛ и МС. Разработанные профилактические меры у пациентов с ХОБЛ и МС способствуют снижению активности системного воспалительного ответа и положительному изменению профиля адипоцитокинов.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Козлова Л.С., Морозов Н.Т., Литюшкина М.И.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Инфаркт миокарда занимает особое место среди всех сердечно-сосудистых патологий, по-прежнему являясь одной из основных причин смерти населения. За последние годы зарегистрировано снижение летальности у мужчин, но не у женщин. Поэтому, целью нашего исследования было изучение особенностей течения крупноочагового инфаркта миокарда с учетом половых различий.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ РМ «РКБ №3» г. Саранска. В основу работы положен ретроспективный анализ 218 историй болезни пациентов с инфарктом миокарда.

Анализируя влияние гендерных различий на клинику инфаркта миокарда с з.О было замечено, что артериальная гипертония служила неблагоприятным фоном чаще у женщин (95,7%), чем у мужчин (81,6%), что имело достоверные отличия. Сахарный диабет также чаще оказывал негативное влияние на течение крупноочагового инфаркта миокарда у женщин (34,0%) по сравнению с мужчинами (25,0%). Инфаркт миокарда был повторным у лиц женского пола в 36,2%, а у лиц мужского пола – только в 22,4% случаев. Причем в 17,0% случаев из группы женщин в анамнезе ранее уже фиксировались перенесенные два или три инфаркта миокарда, в то время как в группе мужчин этот показатель был равен 5,3%. Частота выявления цереброваскулярной болезни и ожирения в анализируемых группах не имела существенных различий. Наличие ОНМК в анамнезе у мужчин было в 13,2%, у женщин – в 15,0% случаев.

Течение инфаркта миокарда осложняли различные нарушения ритма в 53,9% случаев из группы мужчин. У женщин этот показатель оказался выше – 63,8%. В тоже время

нарушения проводимости несколько чаще фиксировались у лиц мужского пола (18,4%), чем у лиц женского пола (14,9%). Острая левожелудочковая недостаточность значительно чаще наблюдалась у женщин (40,4%), по сравнению с мужчинами (27,6%). Аналогичные тенденции отмечены при анализе застойной сердечной недостаточности: более выраженные стадии чаще фиксировались в группе женщин (14,9%) по сравнению с мужчинами (5,3%). Рецидивирующее течение имел инфаркт миокарда с з. Q у женщин почти в два раза чаще, чем у мужчин. Перикардит и синдром Дресслера встречались в группе женщин соответственно в четыре и три раза чаще, чем в группе мужчин.

Постинфарктная стенокардия зафиксирована только в группе мужчин. Частота выявления как острых, так и хронических аневризм левого желудочка была практически одинаковой в сравниваемых группах. Аневризмы встречались у каждого четвертого больного независимо от половой принадлежности.

Таким образом, инфаркт миокарда с з. Q у женщин протекает тяжелее, чем у мужчин, проявляется более частым развитием таких осложнений как острая левожелудочковая недостаточность, застойная сердечная недостаточность выраженных стадий, различные нарушения ритма, рецидивы инфаркта миокарда, перикариты. А такие осложнения как клиническая смерть, кардиогенный шок, тромбообразование в полостях сердца являются предиктом неблагоприятного исхода инфаркта миокарда с з. Q у женщин.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЁ ЛЕЧЕНИЕ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ.

Колпаков Е.В., Гордеев И.Г., Лучинкина Е.Е.
РНИМУ им. Пирогова Н.И., Москва, Россия

Цель: обобщить результаты наблюдения за больными с имплантированными ЭКС наблюдаемые в течение последних 30 лет

Методы исследования: В течение указанного периода подавляющее число пациентов в возрасте от 4-х до 80 лет. (всего под наблюдением было 600 пациентов) находились под постоянным диспансерным наблюдением. Ежегодно каждый пациент проходил дополнительное амбулаторное обследование с рентгеновским контролем органов грудной клетки, холтеровское мониторирование, ЭХО КГ, осциллометрическое исследование артериального давления.

Результаты: В результате было подтверждено, что при правильно организованном диспансерном наблюдении и проведении выбора параметров кардиостимуляции в зависимости от возраста, физической активности, этиологии аритмии, соответствующего назначения лекарственной терапии: коронаролитической, антигипертензионной, стабилизирующие ритм – степень недостаточности кровообращения значительно снижается. Практически это составляет почти 75% наблюдаемых пациентов в целом и 96% - детей и молодых пациентов до 25 лет. Исключение составляют пациенты с выраженным изменением миокарда в том числе с дилатационной кардиомиопатией или терминальной сердечной недостаточностью (СИ \leq 2,2). В эту группу включены больные с относительной незначительной недостаточностью кровообращения I-IIА, и при исходной недостаточности IIБ-IIIА.

Выводы: 1. Постоянная стабилизация ритма на фоне постоянной электрокардиостимуляции (одно-, двух- и трёхкамерная) ведёт к значительному снижению степени сердечной недостаточности.

2. Постоянная кардиостимуляция должна сочетаться с правильным подбором и коррекцией сопутствующих или основных заболеваний, приведших к аритмии: гипертонической болезни сердца, ишемической болезни сердца, вариантов сложных нарушений ритма сердца.

3. Для повышения эффективности лечения необходимо постоянное диспансерное наблюдение с контролем функции и стабильности навязанного ритма ЭКС, контроль АД, профилактика ИБС.

КОНСОЛИДИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Коробков Д.М., Вечканова Н.А.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Взросший интерес врачей к метаболическому синдрому (МС) обусловлен, прежде всего, широким распространением, которое составляет по данным различных авторов, от 6 до 25% в Российской Федерации. Учитывая то, что патогенез МС носит многокомпонентный характер, ведущая роль в нем отводится атерогенной дислипидемии. В свою очередь повышенные показатели фракций липопротеидов являются факторами риска ишемической болезни.

Цель. Оценка МС как фактора, влияющего на прогноз пациентов, и риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 86 пациентов пожилого возраста (от 60 до 74 лет) и 24 пациентов среднего возраста (от 45 до 60 лет), проходивших лечение по поводу ИБС. Они были разделены на 2 - группы: в 1-ую группу вошли пациенты пожилого возраста с МС; во 2-ую группу вошли пациенты пожилого возраста, но без МС. Всем пациентам был проведен полный перечень лечебно-диагностических процедур в соответствии со стандартом лечения.

Результаты. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту и количеству больных с АГ, кроме того в 1-ой группе отмечалось низкие показатели насосной функции миокарда, обусловленные низкими значениями ФВ. В группе сравнения преобладали мужчины 79%, в основной группе лиц мужского пола было 45%. ИМТ= 34,12±2,08 у лиц 1-ой группы, ИМТ = 26,32±1,12 у лиц во 2-ой группе; Показатели глюкозы крови у пациентов 1-ой группы 6,74±2,12 ммоль/л, в то время как у пациентов 2-ой группы 5,81±1,95ммоль/л. Анализ результатов ЭКГ у пациентов 1-ой группы показал разнообразные, но малоспецифичные для метаболического синдрома изменения в части желудочкового комплекса, ритма и проводимости. У 62% пациентов 1-ой группы отмечены элевация сегмента ST, причем у 8% пациентов этой же группы элевация сегмента ST максимальная, в V4-V6 комплекс QRS приобрел вид монофазной кривой. По данным ЭХО-КГ у пациентов с МС ГЛЖ наблюдалась в 62% случаев, в отличие от пациентов без МС - 19,2%. Показатели липидного спектра у пациентов 1-ой группы были следующие: ХС=6,8±0,98 ммоль/л; ТГ= 2,23±0,12 ммоль/л; ХСЛВП=1,26±0,04 ммоль/л; ХСЛПНП=4,25±0,4 ммоль/л. В ходе исследования было установлено, что наличие МС весьма достоверно ассоциируется с очень высоким риском развития ССЗ, а, следовательно, и высоким уровнем летальности. У пациентов с наличием МС обнаруживается прогностически неблагоприятный тип ГЛЖ, а также увеличение индекса массы миокарда и толщины стенок левого желудочка.

Таким образом, метаболический синдром является результатом сложных метаболических нарушений, которые появляются на фоне прогрессирующего увеличения избыточной висцеральной жировой ткани. Это обуславливает формирование инсулинорезистентности, АГ и нарушение липидного спектра крови. Ввиду широкого распространения МС, является целесообразным дальнейшее изучение клинических проявлений, что позволит разработать приоритеты первичной профилактики ССЗ и других сопутствующих заболеваний.

ОЦЕНКА РОЛИ СИСТЕМЫ IL-1 И IL-33 В АСПЕКТЕ СБОЕВ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА КЛЕТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОФАРМПРЕПАРАТОВ

Коробков Д.М., Инчина В.И., Степанов Н.Ю.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Неотъемлемым условием развития сахарного диабета является комбинация внешнесредовых и генетических факторов, предопределяющих особенности неадекватного иммунного ответа организма на воспалительные процессы. Ключевая роль в нарушении иммунного ответа отводится провоспалительным цитокинам. Поэтому изучение системы IL-1 и IL-33 в аспекте повреждения рецепторного аппарата клетки является весьма приоритетным направлением, а возможность воздействовать на опосредованные иммунной системы процессы, безусловно исключает прогрессирование данной патологии.

Цель. Проанализировать соотношение изменений в системе IL-1 и IL-33 у крыс при экспериментальном диабете.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проводилось на 40 белых крысах обоего пола массой 245 ± 20 г. Животные были разделены на 2 группы: I. Интактные животные (контрольная группа) – 20. II. Животные с экспериментальным сахарным диабетом в условиях экзогенной гиперхолестеринемии – 20. Для создания модели экспериментального аллоксан-индуцированного сахарного диабета животным однократно, в\б вводили аллоксан в дозе 135 мг/кг. У всех животных исходно и в конце эксперимента определялись показатели сывороточного уровня цитокинов IL-1 и IL-33, количество которых определялось ИФА методом с помощью тест-систем фирмы «Имуноскрин-RNA_Q».

Результаты и обсуждение. По данным нашего исследования крысы с аллоксан-индуцированным сахарным диабетом в условиях экзогенной гиперхолестеринемии имели более высокие сывороточные показатели провоспалительных компонентов системы IL-1 β : IL-1 β - 14,42 (75% ДИ [11,8-16,4]) пг/мл, что достоверно выше, чем в группе контроля в 3,7 раза ($p < 0,001$), IL-1 α – 10,82 (75% ДИ [9,1-16,87]) пг/мл, что выше контроля в 2,6 раза ($p < 0,001$), а показатели системы IL-33 – 70,42 (75% ДИ [35,45-96,45]) пг/мл. Анализируя данные нашего исследования, можно предположить, что развивалась дефектная супрессорная функция Treg, реализуемая через Toll-подобные рецепторы. Следовательно, для обеспечения протекции рецепторного аппарата клетки весьма целесообразным является применение иммунофармпрепаратов (для реализации принципа конкурентного ингибирования), также можно предположить, что произойдет изменение уровня сигнальной трансдукции IL-33 за счет воздействия на растворимую форму α -цепи рецепторного комплекса, что послужит теоретической основой для применения иммунофармпрепаратов.

Выводы. Таким образом, повышение продукции иммуностимулирующих цитокинов, а именно IL-1 α , IL-1 β и IL-33, приводит к синтезу других цитокинов, обладающих каскадом биологических эффектов, которые в свою очередь вызывают развитие неадекватного иммунного ответа и десинхронных сбоев рецепторного аппарата клетки, что способствует развитию инсулинорезистентности и манифестации сахарного диабета.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА И МЕТИЛЭТИЛПИРИДИНОЛА НА ДИНАМИКУ СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА IN VITRO

Коробков Д.М., Абдулвахид М.Д., Хуссейн М.А., Хасан И.К., Солх М. А. А.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Проблема коррекции уровня глюкозы крови в связи с инсулиновой недостаточностью и резистентностью периферических тканей к действию инсулина становится все более актуальной. Изучение новых путей поддержания и регуляции уровня гликемии в крови, направленных на организацию функциональной активности организма, в последнее время получают все большее распространение и развитие.

Цель. Оценить влияние этилметилгидроксипиридина сукцината и метилэтилпиридинола на содержание глюкозы в крови больных сахарным диабетом (СД) 2 типа *in vitro*.

Материалы и методы. Субстратом исследования послужила цельная кровь 25 больных (45-67 лет) СД 2 типа средней и тяжелой степени, находившихся в декомпенсированной стадии диабета и получавших стандартную терапию. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Кровь для исследования брали из локтевой вены, натощак. В работе было изучено влияние лекарственных препаратов (этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) в дозе 0,005 и 0,025 мг/мл, и метилэтилпиридинола (эмоксипин) в дозе 0,0125 мг/мл).

Результаты. В ходе исследования было установлено, что уже через 1 час инкубации крови с антиоксидантами наблюдалось выраженное снижение содержания глюкозы. Так, исходный уровень гликемии у больных СД средней степени тяжести составил $10,36 \pm 0,80$ ммоль/л. Наиболее выраженный гипогликемический эффект на всех сроках инкубации выявлен у мексидола в дозе 0,025 мг/мл. Уровень глюкозы в данной группе через 1 час инкубации соответствовал значению $5,68 \pm 0,16$ ммоль/л, а через 1 сутки составил $3,17 \pm 0,56$ ммоль/л, таким образом, был достоверно ниже. Эмоксипин по степени гипогликемического эффекта уступал мексидолу и способствовал достоверным изменениям содержания глюкозы только через 1 час инкубации, когда процент снижения относительно контрольного уровня составил 28,70% ($P < 0,05$).

Таким образом, было выявлено, что исследуемые антиоксиданты при инкубации с кровью больных сахарным диабетом способствуют снижению содержания в ней глюкозы, что может быть связано с восстановлением инсулинрецепторного взаимодействия и проницаемости мембраны, прежде всего, эритроцитов. Причиной поломки данных процессов при диабете является активация ПОЛ, которая вызывает дезинтеграцию липопротеиновых комплексов, увеличение их гидрофильности, что приводит к нарушению проницаемости мембраны. Мексидол в дозе 0,025 мг/мл наиболее эффективно способствовал активации процессов утилизации глюкозы, восстанавливая уровень сахара в крови больных СД 2 типа до значений, близких к нормальным цифрам.

ВЛИЯНИЕ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА И МЕТИЛЭТИЛПИРИДИНОЛА НА ПРОЦЕССЫ ИНИЦИАЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И ЭРИТРОЦИТАХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА *IN VITRO*.

Коробков Д.М., Хуссейн М.А., Абдулвахид М.Д., Хасан И.К., Солх М. А. А.
Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

При сахарном диабете (СД) и в развитии его осложнений одним из важных патогенетических факторов является оксидативный стресс. Поэтому изучение возможностей коррекции пероксидной патологии в плазме крови и эритроцитах больных СД представляет значительный интерес.

Цель. Оценить влияние этилметилгидроксипиридина сукцината и метилэтилпиридинола на процессы инициации перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной системы в плазме крови и эритроцитах больных сахарным диабетом 2 типа *in vitro*.

Материалы и методы. Субстратом исследования послужила цельная кровь 25 больных (45-67 лет) СД 2 типа. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Кровь для исследования брали из локтевой вены, натощак. В работе было изучено влияние лекарственных препаратов (этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) в дозе 0,005 и 0,025 мг/мл, и метилэтилпиридинола (эмоксипин) в дозе 0,0125 мг/мл).

Результаты. Установлено, что в плазме крови больных СД 2 типа имеет место выраженная активация процессов липопероксидации на фоне депрессии каталазной активности. Содержание малонового диальдегида (МДА) в плазме крови составило $12,27 \pm 0,19$ ммоль/л. Мексидол в исследуемых дозах обеспечил достоверно наиболее выраженный корригирующий эффект. Мексидол в дозе 0,025 мг/мл несколько превосходил по антирадикальной активности мексидол в разведении 0,005 мг/мл. Содержание МДА в данной группе составило $5,49 \pm 0,29$ ммоль/л, а Fe^{2+} -МДА – $13,89 \pm 0,28$ ммоль/л. Эмоксипин по степени выраженности корригирующего воздействия на процессы ПОЛ значительно уступал мексидолу. Мексидол в дозе 0,025 мг/мл оказал максимальный корригирующий эффект: активность каталазы в плазме крови больных возрастала со значений контроля $7,20 \pm 0,14$ мкат/мл/сек до $23,12 \pm 0,70$ мкат/мл/сек, $p < 0,001$.

По степени выраженности фармакологического эффекта в отношении оптимизации каталазной активности в плазме крови и эритроцитах больных сахарным диабетом 2 типа мексидол в дозе 0,005 мг/мл и эмоксипин в дозе 0,0125 мг/мл были сопоставимы.

Таким образом, исследуемые препараты обладают в эксперименте выраженной антиоксидативной активностью, способствуя достоверному снижению в плазме крови и эритроцитах больных СД 2 типа уровня вторичного продукта спонтанного и Fe^{2+} -индуцированного перекисного окисления липидов, достоверно стимулируют каталазную активность, повышая резерв липидов для перекисного окисления. Мексидол в заданных дозах, благодаря мощной мембранотропной активности, улучшает структуру биологических мембран, снижая неспецифическую проницаемость мембран эритроцитов.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОНСОЛИДИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Коробков Д.М., Солх М. А. А., Абдулвахид М.Д., Хуссейн М.А., Хасан И.К.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

В основе метаболического синдрома лежит гиперинсулинемия и инсулинорезистентность, собственно они и являются ключевым фактором, который способен привести к дисбалансу в системе антиоксидантной защиты.

Цель. Изучить показатели системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) у женщин с метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом 2 (СД2) типа при плацентарных нарушениях (ПН).

Материалы и методы. Были обследованы 100 женщин с МС и СД 2 типа. Всем пациентам был проведен полный перечень лечебно-диагностических процедур в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи.

Результаты. В III триместре гестации при ПН независимо от типа ожирения отмечалась явная тенденция к повышению свободного холестерина в сравнении с контрольной группой, также были отмечены повышение атерогенных фракций липидов. При СД2 в фазе компенсации у беременных с ПН отмечена склонность к повышению свободного холестерина. В исследуемых группах беременных с ПН в сравнении с контрольной группой отмечено резкое повышение концентрации малонового диальдегида и гидроперекисей на фоне снижения активности ключевых антиоксидантных ферментов (снижение активности супероксиддисмутазы более чем в 2,5 раза, $p < 0,01$) и липопероксидов (снижение активности глутатионпероксидазы в 1,83 раза, $p < 0,05$). Данные показателя говорят об выраженных проявлениях оксидативного стресса. У беременных женщин с МС и сопровождающимся СД2 в III триместре отмечаются качественно однотипные нарушения липидного, липопротеидного и углеводного обменов (повышение уровня ЛПНП, холестерина ЛПОНП, постпрандиальной глюкозы и др.). Переокисление липопродуктов, таких как малоновый диальдегид, гидроперекиси и др. и снижение параметров антиоксидантных систем у беременных и рожениц, особенно в гомогенатах плаценты до 51%, при $53,7 \pm 1,69\%$ в группе сравнения ($p < 0,05$), свидетельствуют о наличии в крови и плаценте выраженного оксидативного стресса. Активация ПОЛ приводит к снижению утилизации глюкозы в цитомембранах крови ($p < 0,05$) и гомогенатах плаценты ($p < 0,01$). Значительно снижаются концентрация кортизола и прогестерона ($p < 0,05$). У беременных с МС на фоне СД2 типа содержание малонового диальдегида увеличивается в 1,67 раза, в гомогенатах плаценты в 2,5 раза, гидроперекисей - в 2,89 раза и в 1,89 раза соответственно. У этих пациенток в крови снижается активность антиоксидантных ферментов (каталазы, глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы).

Таким образом выявление влияния метаболического синдрома, а также дисбаланса в системе ПОЛ на гомеостатические процессы в крови и в плаценте женщин, гестация которых сопровождалась на фоне СД2 типа и ожирения, установление метаболических дефектов позволяет установить характер развития плацентарных нарушений.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОМОРБИДНОСТИ НА РИСК ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Королева И.Е., Абрамова Е.Э., Тов Н.Л., Мовчан Е.А., Федотова Л.А.

Новосибирский государственный медицинский университет
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить влияние уровня коморбидности на риск летальных исходов у больных на гемодиализе.

Материалы и методы. Под наблюдением на протяжении 29 месяцев находились 144 пациента, получающие заместительную почечную терапию программным гемодиализом в отделении нефрологии и гемодиализа ГБУЗ НСО «ГНОКБ». Возраст пациентов составил от 14 до 81 года ($48,04 \pm 13,29$), продолжительность заместительной почечной терапии от 3 до 298 ($103,4 \pm 70,42$) месяцев. Всем пациентам проводился бикарбонатный гемодиализ на аппаратах «искусственная почка» фирмы «Fresenius» с использованием воды, подвергнутой глубокой очистке методом обратного осмоса, капиллярных диализаторов с площадью $1,0 - 2,1 \text{ м}^2$. Сеансы диализа проводились 3 раза в неделю по 4 часа. Программный гемодиализ был адекватным, целевой фактический Kt/V составлял $\geq 1,2$. За время наблюдения в 26,3% случаев (38 больных) зафиксирован летальный исход. В структуре причин смерти преобладали сердечно-сосудистые осложнения (39,5%), в 26,3% случаев причиной летального исхода явились инфекционные осложнения, в 7,9% злокачественные

новообразования. Другие причины смерти зафиксированы у 15,8% пациентов. В 10,5% случаев причина летального исхода неизвестна. Пациенты были разделены на две группы: группа с летальным исходом (38) и группа выживших пациентов (106). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS 17.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. При сравнении групп было выявлено, что умершие пациенты были старше ($p=0,001$), более длительное время находились на гемодиализе ($p=0,001$). Индекс коморбидности также был достоверно выше ($p=0,0001$). При анализе структуры сопутствующей патологии, было выявлено, что преобладает патология сердечно-сосудистой системы. В группе с летальным исходом достоверно чаще диагностировались ХСН ($p=0,001$) и миокардиодистрофия сложного генеза ($p=0,013$). При сравнении групп по индексу коморбидности Charlson было выявлено, что выжившие пациенты достоверно чаще имели индекс коморбидности 2 ($p=0,046$). Также в этой группе чаще определялся индекс коморбидности 3 и 4, но эти различия были статистически незначимыми. В группе больных с летальным исходом достоверно чаще значения индекса коморбидности составляли 5, а также 6 и более баллов ($p=0,027$; $p=0,005$ соответственно). Для однофакторного анализа по методу Каплана-Майера по индексу коморбидности Charlson в соответствии с данными литературы и полученными на предыдущем этапе данными нами выделено 2 группы больных: с ИК от 2-4 и больные, имеющие ИК 5 и более. В нашем исследовании выживаемость в течение 29 месяцев для этих групп пациентов составила 87,1% и 54,2%, соответственно ($p = 0,001$).

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что фактором риска летального исхода у больных на гемодиализе можно считать уровень индекса коморбидности Charlson 5 и более баллов.

ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.В.Краснопольская¹, Л.А.Балыкова¹, Т.И.Корнилова², Е.В.Яскин¹

1 ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

2 ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Россия

Введение. Высокая распространенность кардиоваскулярных факторов риска артериальной гипертензии (АГ), гиперхолестеринемии, гипергликемии у взрослых пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) хорошо известна. АГ (в развитии которой имеют значение как активность болезни и применяемые противовоспалительные средства, так и традиционные факторы риска). при РЗ встречается чаще и хуже поддается медикаментозной коррекции. Учитывая важную роль активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в генезе АГ при РЗ, средствами выбора являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА).

Цель: изучить особенности АГ у детей с ювенильным артритом (ЮА) и системной красной волчанкой (СКВ) и оценить антигипертензивный эффект ингибитора АПФ лизиноприла и БРА валсартана.

Методами суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и эхокардиографии обследованы 49 пациент (из них 23 мальчика) с ЮА и 11 пациенток с СКВ 2-18 лет (средний возраст $12,7 \pm 2,5$ года), 22 из которых (в том числе 11 детей с ЮА и 11 - с СКВ) получали системные глюкокортикостероиды (ГКС). Диагностику АГ и метаболического синдрома (МС) осуществляли согласно национальным рекомендациям. Все дети и подростки с диагностированной АГ ($n=21$) обучены мерам по модификации образа жизни и получали немедикаментозную, сосудистую и седативную терапию. Больные 1 группы ($n=11$) получали лизиноприл (0,7-2 мг/кг/сут), пациенты 2 группы ($n=10$) - валсартан

(20-80 мг/сут). При наличии тахикардии к лечению добавляли метопролол (0,5-2 мг/кг/сут). Контроль АД осуществляли через 2, 4 и 8 недель.

Результаты: По данным СМАД АГ диагностирована у 10 (24,4%) детей с ЮА и всех 11 - с СКВ (100%). Средний уровень систолического АД у детей с РЗ был выше относительно контрольной группы: 122,7±8,5 мм.рт.ст против 109,3±4,8 мм.рт.ст ($p<0,05$). У большинства детей отмечалось незначительное (соответствующее АГ I степени), но стойкое повышение АД. Только 5 пациентов имели АГ II степени. 17 пациентов (11 с СКВ и 6 с ЮА) имели ожирение в ходе МС. Максимальное влияние на уровень АД, оказали активность болезни, доза системных ГКС, индекс массы тела ($r=0,71; r=0,79; r=0,88$). У 5 детей определялось увеличение индекса массы (гипертрофия) миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) выше 95 центиля. У половины детей выявлялась тахикардия, потребовавшая подключения метопролола. На фоне лечения в обеих группах отмечалась сходная динамика АД: систолическое снижалось на 8-11%, а диастолическое - на 5-9% относительно исходного уровня. Уже через месяц наблюдалось улучшение суточного профиля АД и регресс ГМЛЖ. Диастолическое АД поддавалось более эффективной коррекции лизиноприлом. Эффективность монотерапии ингибиторами АПФ и БРА не превышала 50%. При комбинации с β -блокатором нормализация АД и метаболических нарушений достигнута в 82-100% случаев.

Выводы: АГ у детей с РЗ развивается на фоне приема ГКС и сопровождается нарушением суточного профиля АД, поражением органов-мишеней. Оптимальна комбинация ингибиторов АПФ/БРА с кардиоселективными β -блокаторами.

ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВА СНА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЯМИ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ

Кузнецова Н.В., Мукашева Ж.Е., Ауканова А.О., Жаксылыков А.С., Мамырбек С.С.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

По данным ВОЗ каждый десятый человек имеет выраженные симптомы диссомнического синдрома. Хроническое нарушение сна часто ассоциируют с повышенным риском будущих церебральных и сердечно-сосудистых событий.

Цель. Проанализировать нарушения сна в анамнезе у пациентов с патологиями различных систем.

Материалы и методы. Дизайн исследования - одномоментное когортное исследование. В исследование включен 71 пациент, из них женщины – 39 (55%), мужчины 32 (45%). Доля лиц молодого возраста составила 22%, среднего - 41%, 35% - возрастная категория 60-75 лет, 3% пациенты в возрасте старше 75 лет. На основе клинических диагнозов определено процентное соотношение пациентов с патологиями различных систем: сердечно-сосудистая (42%), дыхательная (29%), эндокринная (14%), пищеварительная (6%), мочевыделительная (6%), кроветворная (3%). На предмет выявления инсомнии использовались Питтсбургский опросник определения качества сна, шкала субъективной оценки качества сна (Левин Я.И.).

Результаты. Согласно опроснику Левина Я.И., пациенты с эндокринной и дыхательной патологией имели явные признаки наличия инсомнии (менее 18,9 баллов), по другим системам определялся пограничный результат (19-21 балл). Диссомнический синдром выявлен у 31 респондента (44%), женщины из которых 30%, мужчины - 14%. Обнаружена сильная обратная корреляционная взаимосвязь между возрастом и количеством баллов. Качественные характеристики расстройства сна распределились следующим образом: 39 респондентов (55%) из 71- го отмечали пробуждение в середине ночи три и более раз в неделю, чаще это пациенты с патологией мочевыделительной (75%), эндокринной (70%) и сердечно-сосудистой (59%) систем; 35 пациентов (49%) отмечали необходимость просыпаться, чтобы воспользоваться ванной комнатой, с превалированием у

лиц с патологией эндокринной (80%), сердечно-сосудистой (66%) патологий; кашель или громкий храп отмечали 26 (37%) участников исследования в большинстве с патологией сердца (41%) и легких (43%); 22 респондента страдали невозможностью уснуть в течение 30 мин, с преобладанием патологии легких (38%) и сердца (27%).

Выводы. 1. Расстройство сна определено у 44% респондентов. 2. Синдром зависит от возраста и встречается чаще у пациентов женского пола с патологией эндокринной и дыхательной систем. 3. Его наиболее частые причины: кашель или громкий храп, пробуждение в середине ночи, чтобы воспользоваться ванной комнатой.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кузьмина Н.М., Максимов Н.И.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель. Изучить влияние чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при остром коронарном синдроме (ОКС) на социально-экономические показатели.

Материалы и методы. Ретроспективно изучено 127 историй болезни пациентов, поступивших в Республиканский Клинико-диагностический центр в 2015 году с диагнозом «острый коронарный синдром». Спустя 2 года после проведения ЧКВ 95 пациентов были опрошены согласно разработанного опросного листа. Данные анализировались с помощью программы *Microsoft Excel 2007, STATISTICA 10.0*.

Результы. При поступлении в стационар в 2015 году всем пациентам проведено стентирование коронарных артерий. Паллиативное ЧКВ проведено 51 пациенту (только симптом-ответственной артерии, остались другие стенозы), полный объем ЧКВ-76 пациентам. Согласно данных опроса, 14 пациентам позже было проведено повторное ЧКВ в последующую госпитализацию по поводу стенозов других артерий, 3 пациентам - в связи с рестенозом в установленном в 2015 году стенте. После перенесенного в 2015 году ОКС и ЧКВ 9 пациентам проведено оперативное лечение в виде аорто-коронарного шунтирования (АКШ), отказались от АКШ 7 пациентов, 79 пациентам рекомендовано консервативное лечение. До перенесенного в 2015 году ОКС и ЧКВ группу инвалидности имели 13 пациентов (14%), установлена после ОКС и ЧКВ-22 пациентам (23%), у 1 пациента 3 группа инвалидности после ОКС изменена на 2 группу, 59 пациентов (62%) группу инвалидности не имеют. 3 группа инвалидности зарегистрирована у 23 пациентов, это 64% от всех лиц, имеющих группу инвалидности, 2 группа инвалидности – у 13 пациентов (36%). Смена работы после ОКС и ЧКВ, перенесенных в 2015 году: «прежнее место работы»-43 пациента (45%), «переведен на легких труд»-2 пациента (2%), «уволители с работы»-11 пациентов (12%), «неработающий пенсионер»-37 пациентов (39%). Отказались от алкоголя и курения 15 пациентов (16%), отказались только от алкоголя или только от курения 10 пациентов (11%), не отказались от вредных привычек 28 пациентов (29%), не имели данных привычек 40 человек (42%). Приступы стенокардии после проведенного ЧКВ: «не ежедневно, проходят самостоятельно»-45 пациентов (47%), «ежедневно, с использованием нитратов»-13 пациентов (14%), «нет»-37 человек (39%). Обращения к врачу по поводу стенокардии: «в поликлинику»-23 пациента (24%), «лечение в стационаре»-29 человек (31%), «не обращались»-42 человека (44%). Госпитализации в стационар после перенесенного в 2015 году ОКС и ЧКВ по 2017 год: один раз-13 пациентов (14%), дважды за один год-5 пациентов (5%), один раз за год в течение двух лет подряд-8 пациентов (8%), дважды в году в течение двух лет подряд-3 пациента (3%).

Выводы. Ишемическая болезнь сердца приводит к инвалидизации пациентов и потере места работы, но большинство пациентов сохранили трудоспособность благодаря ЧКВ и вернулись на свои рабочие места. Пациенты плохо мотивированы на отказ от вредных привычек. Сохраняется высокий процент госпитализаций в стационар после ЧКВ, числе

имеют место повторные госпитализации за год. Необходимо дальнейшее совершенствование оказания помощи больным с ОКС и борьбы с факторами риска для улучшения социально-экономических показателей.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ В 2015-2016 ГОДАХ

Куняева Т.А., Орина Е.О., Ивлиева Е.Н., Лыскова Ю.А., Маркелова О.В.
Медицинский институт ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Исследование посвящено изучению заболеваемости внебольничной пневмонией (ВП) – одной из актуальных проблем среди бронхолегочной патологии по распространенности и по угрозе для жизни в Республике Мордовия.

Целью работы являлся анализ эпидемиологических особенностей заболеваемости и смертности, а также факторов риска летального исхода у пациентов с внебольничной пневмонией в Республике Мордовия в 2015–2016 гг.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ отчетных форм о пациентах с внебольничной пневмонией, лечившихся в лечебно-профилактических учреждениях районов Республики Мордовия и г. Саранска за период 2015-2016 гг.

Авторами установлено, что пациенты с внебольничной пневмонией в Республике Мордовия более чем в 90% случаев получают лечение в условиях стационара. Подавляющее большинство (70%) госпитализируются в Республиканскую клиническую больницу №3 г. Саранска.

Среди заболевших и умерших пациентов с ВП в Мордовии преобладают мужчины (доля заболевших и умерших от ВП мужчин в 3,6 раза больше, чем женщин), что позволило отнести мужской пол к факторам риска развития ВП с неблагоприятным исходом.

Около 68% от общего числа пациентов с ВП имели сопутствующую хроническую патологию, с наибольшей частотой – ИБС, ХОБЛ, СД. Предикторами летального исхода являлись плеврит, ожирение, туберкулез и алкоголизм. Таким образом, наличие сопутствующей патологии неблагоприятно влияет на исход заболевания, так как 12,6% случаев закончились летальным исходом. Так же следует отметить, что коморбидные состояния в 1,3 раза чаще регистрировались у лиц мужского пола.

Анализ возрастной структуры пациентов с ВП показал, что наибольшая заболеваемость и летальность регистрировалась у пациентов 60-69 лет.

Выявлено, что среди умерших в стационаре пациентов с ВП в 10,7 раз было больше пациентов с тяжелым состоянием при поступлении.

Также в исследовании изучалась зависимость возникновения ВП от времени года. Оказалось, что наибольшая заболеваемость ВП регистрировалась в январе и феврале, а наименьшая – в летний период и декабре, что коррелирует со смертностью. Кроме того, исследование показало, что возникновение ВП в феврале можно отнести к фактору риска неблагоприятного исхода, а в июле – считать предиктором благоприятного исхода.

Полученные данные позволяют учитывать выявленные особенности заболеваемости и смертности, а также факторы риска летального исхода у пациентов с внебольничной пневмонией в Республике Мордовия при их лечении, что улучшит тактику, диагностику и эффективность терапии.

Учитывая высокий риск заболеваемости и смертности от ВП у лиц старше 65 лет с сопутствующими заболеваниями, необходима специфическая профилактика – активная вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции у этой категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Цель исследования: изучить частоту и влияние коморбидной патологии на результаты стационарного лечения пациентов с внебольничной пневмонией (ВП).

Материал и методы. В ретроспективное исследование включено 130 больных, из них с ВП средней тяжести было 85 (65,4%) человек и 45 (34,6%) – с ВП тяжелой степени. Пациентов молодого возраста было 29, среднего – 54, пожилого – 36, старческого – 11 человек. Все больные ВП разделены на 2 группы; I группу составили 85 больных с коморбидной патологией и II группу – 45 пациентов с монокаузальной патологией. Влияние коморбидной патологии на течение и исходы ВП оценивали по анамнестическим и клиническим данным, а также по результатам параклинических исследований, в том числе цифровой рентгенографии и мультиспиральной компьютерной томографии.

Результаты и их обсуждение: Пациенты с монокаузальной патологией были представлены в основном лицами молодого возраста (23 из 45; 51,1%), женщин было 31 из 45 (68,9%) человек. Тяжелое течение зафиксировано у 6 (13,3%) пациентов данной группы, у 2 (4,4%) из них ВП осложнилась развитием экссудативного плеврита, и умер 1 (2,2%) пациент с двухсторонней субтотальной пневмонией, причиной смерти которого явилась острая легочно-сердечная недостаточность.

В I группе более половины контингента (44 из 85; 51,8%) больных были лица пожилого и старческого возраста. Хронические бронхолегочные заболевания имелись у 47 из 85 (55,3%) больных I группы. У этих пациентов наблюдали затяжное течение ВП (длительность стационарного лечения у них превышала средние сроки госпитализации на $4,6 \pm 0,4$ суток, ($p < 0,05$)) и низкую эффективность стартовой антибактериальной терапии. Плеврорегочные осложнения имелись у 16 из 47 (34,0%) и умерло 2 больных. Кардиоваскулярная патология встретилась у 42 (49,4%) больных, у 8 из них признаки сердечной недостаточности явились «маской», прикрывающей дебют ВП. ГЭРБ имела у 38 (44,7%) пациентов, у 9 (23,7%) из них ВП осложнилась абсцедированием (1 больной умер от острой легочно-сердечной недостаточности), и у 8 (21,1%) – экссудативным плевритом. У лиц старше 60 лет с коморбидной патологией ВП тяжелого течения наблюдалась у 21 из 44 (47,7%) больных, а осложнения ВП встретились у 15 из 44 (34,1%); тогда как у пациентов II группы – лишь у 3 из 45 (6,7%). У 32 из 44 пациентов пожилого и старческого возраста (72,7%) имелись два и более сопутствующих заболевания, тогда как в группе лиц молодого и среднего возраста полиморбидность встретилась у 5 из 26 (19,2%). В I группе умерли 5 (5,9%) больных, в том числе причинами смерти у 2 из них были инфаркт миокарда и инсульт.

Выводы: 1. Коморбидные заболевания встретились у 65,4% больных ВП среднего и тяжелого течения, из них пациенты старше 60 лет составили 44 из 85 (51,8%), дебют коморбидной патологии наблюдался у 6 из 29 (20,7%) лиц молодого возраста.

2. Коморбидные заболевания у пациентов с ВП приводят к развитию синдрома взаимного отягощения. Коморбидная патология у лиц пожилого и старческого возраста ухудшает течение пневмонии и прогноз заболевания, повышает частоту развития осложнений, а в ряде случаев является причиной летального исхода.

ТРОМБОЗ СТЕНТА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: К ВОПРОСУ О ПОЛИМОРФИЗМАХ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА

Лещанкина Н.Ю.¹, Карнишкина О.Ю.¹, Трофимов А.А.², Столярова В.В.¹

¹ - ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

² - ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Факультет биотехнологии и биологии, Саранск, Россия

Цель: изучение влияния полиморфизмов некоторых генов гемостаза у пациентов, которым было проведено плановое чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием коронарных артерий.

Материал и методы. Обследовано 32 пациента в возрасте от 39 до 72 лет, которым было проведено ЧКВ со стентированием КА. Пациентам проводилось генетическое исследование, оценивались результаты лабораторно-инструментальных исследований, результаты коронароангиографии.

Результаты. Ген FGB. Генетический маркер G(-455)A. Участок ДНК в регуляторной области гена, в которой происходит замена гуанина (G) на аденин (A) в позиции – 455. Генотип G/G (нормальная концентрация фибриногена) – встречался у 19 пациентов (59%), генотип G/A (концентрация фибриногена умеренно повышена) – встречался у 13 пациентов (41%).

Ген ITGB3. Генетический маркер T1565C. Участок ДНК гена ITGB3, где происходит замена тимина (T) на цитозин (C) в позиции 1565. Генотип T/T (нормальная агрегационная способность тромбоцитов) – встречался у 18 пациентов (56%), генотип T/C (агрегационная способность тромбоцитов умеренно повышена) - встречался у 9 пациентов (28%), генотип C/C (агрегационная способность тромбоцитов высокая) - встречался у 5 пациентов (16%).

Ген ITGA2. Генетический маркер C807T. Участок последовательности ДНК гена ITGA2, в которой происходит замена нуклеотида цитозина (C) на тимин (T) в позиции 807. Генотип C/C (нормальная скорость адгезии тромбоцитов) - встречался у 10 пациентов (31%), генотип C/T (скорость адгезии тромбоцитов повышена, по сравнению с генотипом C/C) - встречался у 14 пациентов (44%), T/T (скорость адгезии тромбоцитов повышена, по сравнению с генотипами C/C и C/T) - встречался у 8 пациентов (25%).

Ингибитор активатора плазминогена (SERPINE1, PAI-1). Генетический маркер 5G(-675)4G. Полиморфизм гена проявляется в изменении количества повторов гуанина (G) в промоторной (регуляторной) области гена. Генотип 5G/5G (нормальный уровень ИАП-1 в плазме крови) – встречался у 4 пациентов (12%), генотип 4G/5G (промежуточный уровень ИАП-1 в плазме крови) – встречался у 12 пациентов (37%), генотип 4G/4G (повышенный уровень ИАП-1 в плазме крови) - встречался у 16 пациентов (50%).

Заключение. Таким образом, результаты наших исследований показали, что у ряда пациентов с проведенным ЧКВ со стентированием КА часто встречаются генетические полиморфизмы, сопряженные с активацией тромбоцитарного и плазменного звена коагуляции. Влияние данных генетических полиморфизмов на вероятность тромбоза стента после ЧКВ требует дальнейшего исследования.

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Лещанкина Н. Ю., Карнишкина О.Ю., Кузнецова Ю.В., Моисеева В.М., Шамшина Е.Д.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучение модифицируемых и немодифицируемых факторов риска рестеноза у пациентов после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Обследовано 44 пациента в возрасте от 46 до 76 лет, которые находились под наблюдением в течение шести месяцев после стентирования КА. Проводилось комплексное обследование, в том числе мультиспиральная компьютерная томография, при наличии клиники рестеноза - коронароангиография (КАГ). Анализировались: уровень артериального давления (АД), показатели общего холестерина

(ХС), триглицеридов, липопротеидов высокой (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), наличие абдоминального ожирения (АО), протяженность стеноза (по данным КАГ), типы стентов, оценивалась приверженность больных к фармакотерапии после ЧКВ.

Результаты. Были определены две группы больных: 1 группа - с развившимся в течение полугода рестенозом КА (12 больных, ср. возраст $57,5 \pm 3,2$ г.), 2 группа - без признаков рестеноза (32 больных, ср. возраст $60,3 \pm 2,4$ г.). Отмечена большая распространенность артериальной гипертензии (АГ) до ЧКВ в 1 группе (100% против 71% во 2 группе). Через 6 месяцев уровень систолического АД в группе с рестенозом был выше в среднем на 11 мм рт.ст. Показатели ХС, ХС ЛПНП также были выше в группе с рестенозом как до ЧКВ, так и после него, несмотря на проводимую липидснижающую терапию: ср. уровень ХС у больных 1 группы до ЧКВ $7,6 \pm 2,3$ ммоль/л, через полгода - $5,9 \pm 1,2$ ммоль/л ($p < 0,05$); во 2 группе - до стентирования $6,2 \pm 1,2$ ммоль/л, через полгода - $5,4 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,05$). Отмечено преобладание лиц с АО в 1 группе: окружность талии (ОТ) в среднем до стентирования $103,2 \pm 5,1$ см, через 6 месяцев - $100,2 \pm 3,0$ см, средняя ОТ пациентов 2 группы $98,5 \pm 4,2$ см до стентирования, после стентирования существенно не уменьшилась. Результаты КАГ свидетельствуют о том, что в I группе чаще стенты ставились в переднюю межжелудочковую ветвь и правую коронарную артерию (58% и 22% в 1 группе против 37% и 15% во 2 группе соответственно). Количество стентов с лекарственным покрытием и голометаллических достоверно в группах не отличались. Не были отмечены различия в лечении пациентов после ЧКВ, оно соответствовало российским клиническим рекомендациям. Приверженность пациентов после ЧКВ и установки стентов также была достаточно высокой в обеих группах.

Заключение. Таким образом, возможными предикторами рестеноза КА у большинства больных явились модифицируемые факторы риска: наличие абдоминального ожирения, повышенного систолического артериального давления, высокое содержание в крови ХС и ХС ЛПНП.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РМ "ССМП"

Литюшкина М.И., Свешников К.А., Тулунова Е.А., Козлова Л.С.
ФГБОУ ВО «Мордовский госуниверситет», Россия, Саранск

Оказание медицинской помощи при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе - это трудная задача, связанная с необходимостью адекватного проведения экстренной медицинской помощи с применением большого спектра лекарственных препаратов. Одними из основных факторов, определяющих прогноз у этих пациентов является своевременность и объем медицинской помощи в первые часы заболевания, поскольку именно в этот период отмечается наибольшая летальность.

Цель исследования: проанализировать частоту применения основных групп лекарственных препаратов и своевременность оказания медицинской помощи больным инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: проведен анализ 60 карт вызовов скорой медицинской помощи ГБУЗ РМ "Станция скорой медицинской помощи" с диагнозом инфаркт миокарда, временные интервалы, проведенное медикаментозное лечение, наличие осложнений и сопутствующей патологии. Проводилась группировка данных с подсчетом абсолютных и относительных показателей в соответствии с темой работы. Кардиогенный шок встречался у 6,6%, отек легких - 5%, нарушения ритма - 3,4 %, клиническая смерть - 1,6 %. Из сопутствующих заболеваний преобладали гипертоническая болезнь (11%), сахарный диабет (8%), язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки (4%).

Результаты: у больных, госпитализированных с инфарктом миокарда среднее время доезда бригады - 10 мин, общее время оказания помощи пациенту составило 28,9 мин (без учета времени на доставку в стационар). Время от звонка в службу скорой медицинской помощи до момента доставки в приемное отделение составило 53 минуты.

Для купирования ангинозного приступа использовались наркотические анальгетики (морфин - 85%, фентанил - 15%). У 81% больных применялся изосорбида динитрат в виде спрея (Изокет). В 7% случаев была проведена тромболитическая терапия. С этой целью во всех анализируемых случаях применялась тенектеплаза (Метализе). Из антиагрегантов у 90% больных назначалась ацетилсалициловая кислота, и у 10% - тикагрелор (Брилинта). Из антикоагулянтов - гепарин в 97% случаев. Ингибиторы АПФ - каптоприл (Капотен) назначались 20% пациентам. Из В-адреноблокаторов использовали метопролол - 17%. У больных с осложненным течением инфаркта миокарда (16,6%) наряду с «базисной» терапией применялись антиаритмические, вазопрессорные и инотропные препараты, петлевые диуретики.

Выводы: больным инфарктом миокарда на догоспитальном этапе оказана своевременная и адекватная медицинская помощь в достаточном объеме в соответствии с клиническими рекомендациями (утверждены Правлением «Российского общества скорой медицинской помощи» 23.01.2014 г.). Невысокий процент тромболитической терапии связан с наличием у пациента абсолютных противопоказаний к ее проведению и оказанием помощи фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи.

ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Макарова В.И., Краева Н.В., Шумов А.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель исследования: выявить возможности Центров Здоровья, оснащенных «Кардиовизором», в ранней диагностике артериальной гипертензии по результатам дисперсионного картирования ЭКГ; установить показатели, отражающие возможность использования метода в качестве скрининговой диагностики артериальной гипертензии у детей старше 12 лет.

Методы исследования. Под наблюдением находились 199 детей в возрасте от 12 до 18 лет с синдромом артериальной гипертензии (АГ): синдром вегетативной дисфункции (СВД) по симпатикотоническому типу, лабильная и стабильная формы АГ. Диагноз установлен после полного клинико-лабораторного и инструментального обследования в условиях стационара. В качестве группы контроля – 50 детей, имеющих 1 и 2 группы здоровья, без признаков СВД и факторов риска по развитию АГ. Работа проведена с помощью аппаратного комплекса «Кардиовизор». В качестве показателей метода дисперсионного картирования использовали показатель «Ритм», отражающий вариабельность кардиоцикла и «Код детализации» G4, отражающий процессы деполяризации левого желудочка и G9, отражающий гипертрофические изменения в стенке желудочков.

Результаты. Количественные значения индекса «Ритм» у подростков с АГ были больше в сравнении с контрольной группой, различия статистически значимы ($U=1365$; $Z=-3,1$; $p=0,002$). Значительный размах количественных значений данного показателя характерен для пациентов с лабильной формой АГ, различия статистически значимы ($U=372,0$; $Z=-2,85$; $p=0,004$). Большая доля патологических значений показателя «Ритм» (64,0%) зафиксирована у подростков с лабильной формой АГ, различия статистически значимы ($p<0,01$). Патологические значения деполяризации левого желудочка (G4) встречаются достоверно чаще при стабильной форме АГ (14,8%), чем в объединенной группе СВД и лабильной АГ (1,9%); $p<0,05$. Выявлена слабая положительная корреляционная связь

между индексом времени гипертензии САД (а, следовательно, и степенью АГ) и отклонениями в деполяризации левого желудочка (G4); $p < 0,05$. Патологические отклонения в дисперсионных характеристиках гипертрофии желудочков (G9) достоверно чаще зафиксированы в группе с лабильной и стабильной АГ (36,5%), чем в контрольной группе (6,0%); $p < 0,001$. При этом, на стандартной ЭКГ покоя признаков формирования гипертрофии левого желудочка не выявлено.

Выводы. Использование «Кардиовизора» в условиях Центров Здоровья дает возможность сформировать группу риска по развитию АГ при наличии патологических значений деполяризации левого желудочка (G4) в сочетании с признаками гипертрофии желудочков (G9). А показатель «Ритм» может быть использован в качестве дополнительного критерия вегетативной дисфункции у подростков на доклинической стадии артериальной гипертензии.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Макарова В.И., Краева Н.В., Казакова С.С.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель: выявить фенотипические признаки соединительнотканной дисплазии у детей с врожденными пороками сердца (ВПС).

Методы исследования. Выполнен клинический осмотр ребенка с оценкой фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии (краниоцефальные, глазные, ушные, изменения верхних и нижних конечностей, кожные, костные, росто-весовой показатель). В исследовании участвовали 49 детей, которые были разделены на 2 группы: 1 - основную группу составили дети с верифицированным (на основании комплексного клинико-инструментального обследования) диагнозом врожденного порока сердца; во 2 группу были включены дети без признаков врожденного порока сердца и других врожденных или наследственных заболеваний. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Математическую обработку результатов проводили с помощью метода Вальда с 95% доверительным интервалом, используя χ^2 Пирсона для выявления статистически достоверных различий.

Результаты исследования. В структуре ВПС в основной группе преобладали септальные дефекты (61,9%), что соответствует данным литературы; у 19% детей верифицирован открытый артериальный проток. Фенотипические признаки соединительнотканной дисплазии с разным удельным весом были выявлены у всех детей. Для анализа были взяты признаки, имеющие удельный вес более 30%. Значительная доля миопии (33,3-35,7%) и астенического телосложения (66,7%-71,4%) отмечены в обеих группах без статистически достоверных различий. Нарушения осанки (подтверждено осмотром ортопеда) более часто встречались у детей без ВПС (67,9%; $p < 0,05$). Единственный фенотипический признак соединительнотканной дисплазии, который с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) был обнаружен у детей с ВПС – это короткий мизинец. Хорошо известно из эмбриологии, что критический период формирования пороков развития верхних конечностей и сердца совпадает и приходится на период с 4-й по 8-ю недели внутриутробного развития. Выше изложенное позволило нам предположить, что фенотипической особенностью ребенка с ВПС можно считать наличие у него короткого мизинца.

Выводы. Таким образом, тщательное клиническое обследование ребенка с оценкой максимального спектра фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии позволяет заподозрить врожденный порок развития внутренних органов, например, ВПС по такому фенотипическому признаку, как короткий мизинец

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

Маркосян Н.С., Сотирова А.А.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия.

Цель настоящего исследования – оценить поражение почек у больных лептоспирозом.

Материал и методы: проведен анализ 25 медицинских карт больных, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ Республики Мордовии «Республиканская инфекционная клиническая больница» с диагнозом «Лептоспироз». Функция почек оценивалась по содержанию в сыворотке крови мочевины, креатинина, общему анализу мочи, анализу мочи по Зимницкому, ультразвуковому исследованию (УЗИ) почек.

Результаты. В 2014 году произошла вспышка лептоспироза в республике, чаще отмечалась безжелтушная форма заболевания (64%), желтушная форма развивалась у 36% больных. Пациенты с безжелтушной формой предъявляли жалобы на боли в поясничной области (75%), положительный симптом поколачивания (43,8%). Олигурия развивалась с 3 – 4-х суток от начала заболевания у 18,8% пациентов, на 5 – 6-е сутки – у 31,3% и на 7-й день – у 6,3%. Продолжительность олигурии составила $1,60 \pm 0,19$ суток. На 6 – 8 день у 31,3% больных возникала полиурия продолжительностью $3,56 \pm 0,50$ суток. При проведении УЗИ почек выявлялся синдром гиперэхогенной коры (37,5%), уплотнение чашечно-лоханочной системы (18,8%), увеличение размеров почек (6,3%). У 44% пациентов с желтушной формой возникали боли в пояснице, у 55% – положительный симптом поколачивания. Олигурия возникала у 33% больных с 3 – 4-х суток от начала заболевания, у 11% – на 6-е сутки и у 11% на 9-й день, длительность ее составила $1,80 \pm 0,42$ суток. Возникновение полиурии отмечалось с 4-го по 15-й день болезни, которая сохранялась $4,40 \pm 0,45$ суток. При проведении УЗИ почек определялся синдром гиперэхогенной коры (55%), увеличение размеров почек (33%), каликоэктазия (11%).

В общем анализе мочи у 48% пациентов выявлялась протеинурия (от 150 до 1000 мг/л), лейкоцитурия (8%), эритроцитурия (20%). В анализе мочи по Зимницкому зарегистрирована гипоизостенурия (28%), изостенурия (12%), гипостенурия (16%). Концентрация креатинина в 1–4 день заболевания повышалась в 3,2 раза относительно доноров ($166,44 \pm 36,21$ мкмоль/л, $p < 0,05$) при желтушной форме и 2,4 раза при безжелтушной форме ($124,23 \pm 12,38$ мкмоль/л, $p < 0,001$). На 10–12-й день его уровень снижался до нормы при желтушной форме ($99,11 \pm 6,81$ мкмоль/л) и оставался повышенным в 1,8 раз при безжелтушной ($p < 0,001$). В начале заболевания содержание мочевины увеличивалось в 2 раза ($10,37 \pm 2,27$ ммоль/л, $p < 0,05$) при желтушной форме и на 86,68% ($p < 0,05$) при безжелтушном лептоспирозе с нормализацией ее к периоду выздоровления.

Выводы. Таким образом, у больных желтушной и безжелтушной формами лептоспироза поражение почек проявлялось болями в поясничной области, развитием олигурии, полиурии, протеинурии, лейкоцит- и эритроцитурии, нарастанием азотистых шлаков в сыворотке крови.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ, ВЫЗВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ, НА СОДЕРЖАНИЕ И СВОЙСТВА ГЕМОГЛОБИНА ЭРИТРОЦИТОВ

Мельникова Н.А., Быстрова Е.В., Седова Д.Г.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

При физической нагрузке в качестве компенсаторных реакций выступают увеличение количества эритроцитов и возрастание содержания гемоглобина в периферической крови, происходящие за счет выброса эритроцитов из мест депонирования. В тоже время рядом

авторов установлено, что при длительной и напряженной работе наблюдается снижение количества гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови. В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы явилось исследование влияния острой и хронической гипоксии, вызванной однократной и многократной физической нагрузкой на состояние гемоглобина эритроцитов периферической крови.

Экспериментальные исследования проводили на белых беспородных крысах весом 170-200 г, которых делили на 3 группы: контрольная, опытная с однократной физической нагрузкой до отказа (острая гипоксия), опытная с 8-кратной физической нагрузкой до отказа (хроническая гипоксия). Все эксперименты на животных осуществлялись в соответствии с требованиями Женевской конвенции «International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals» (Geneva). В стабилизированной гепарином крови определяли содержание эритроцитов и гемоглобина стандартными методами, рассчитывали содержание гемоглобина в одном эритроците, получали эритроцитарную взвесь в физиологическом растворе и определяли конформацию и свойства гемоглобина при помощи спектроскопии комбинационного рассеяния. Проводили статистическую обработку полученных данных с применением t-критерия Стьюдента.

В эксперименте, после выполнения однократной физической нагрузки, количество эритроцитов увеличилось на 16 %, содержание гемоглобина в крови в целом возросло на 13%, а в одном эритроците снизилось на 25 % соответственно по сравнению с контрольными животными. После многократной физической нагрузки количество эритроцитов увеличилось в 1,8 раз по сравнению с контролем, содержание гемоглобина в крови возросло в 1,9 раз, в одном эритроците – было близко к контрольным значениям.

С помощью КР–микроскопии установлено, что однократная нагрузочная гипоксия способствует увеличению сродства гемоглобина к кислороду, и снижению его способности выделять лиганды на 12 %, что затрудняет диссоциацию оксигемоглобина в тканях, в то же время при многократной нагрузочной гипоксии сродство гемоглобина к кислороду уменьшается почти на 29 %, а способность выделять лиганды возвращается к исходным значениям.

Таким образом, однократная гипоксия является для организма стресс-фактором, который вызывает снижение содержания гемоглобина в эритроците, ухудшает его кислородтранспортные характеристики. Многократная гипоксия, напротив, способствует увеличению содержания гемоглобина в эритроцитах и в крови в целом, снижает сродство гемоглобина к кислороду и увеличивает его способность выделять лиганды, что улучшает снабжение кислородом работающих мышечных тканей.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

¹Мехдиев С.Х., ¹Мустафаев И.И., ²Мамедов М.Н., ¹Касумова Ф.Н., ¹Гусейнова Н.З.

¹Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева, Баку, Азербайджан; ²ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить состояние кровотока головного мозга и нижних конечностей по данным клинико-эпидемиологического исследования у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2).

Материал и методы. Было проведено одномоментное клинико-эпидемиологическое когортное исследование, где приняло участие 528 больных СД2 в возрасте 30-69 лет. Всем опрошенным заполнялся международный опросник-анкета “ARIC”, в которой собирались сведения о перенесенном мозговом инсульте, о состоянии мозгового кровообращения,

вертебро-базилярной недостаточности и симптомов, указывающих на атеросклероз сосудов нижних конечностей. Больным проводилась доплерография сонных артерий и сосудов нижних конечностей, определялись толщина интима-медиа (ТИМ), лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

Результаты. Клинические проявления мозгового атеросклероза были выявлены у 46,6% опрошенных, однако, при проведении сонографии у 78,9% больных значения ТИМ превышали 0,9 мм (средние показатели $1,217 \pm 0,038$ мм). Стеноз сонных артерий <40% был выявлен у 30,6% обследованных, 50-59% - у 58,3%, 60-95% - у 12,5%, лишь у 4% - отмечался перенесенный инсульт, а 31,6% больных - имели симптомы вертебро-базилярной недостаточности. Клинические проявления атеросклероза сосудов нижних конечностей отмечались у 66,7%, ЛПИ <0,9 - у 27% больных. При проведении сонографии у всех больных СД2 отмечался стеноз артерий нижних конечностей, степень выраженности которого менялась в пределах 20-90%, средние значения и степень тяжести стеноза на периферии значительно возрастали. В сосудах нижних конечностях отмечался преимущественно магистральный тип кровообращения, нарушение кровотока, во всех отделах, в основном, было в стадии субкомпенсации, а между частотой встречаемости стеноза и степенью его тяжести имелась обратная корреляционная связь.

Выводы. Регулярный скрининг субклинических и клинических проявлений СД2 позволят предотвратить поражения периферических артерий и проводить своевременную коррекцию его осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТИТЦЕ В КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА СТЕНОКАРДИТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

Мишина Ю.В.1, Барсукова Н.А.2

1Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж

2Городская Клиническая Больница № 20, Воронеж, Россия

Цель. Изучить влияние и эффективность локальной терапии кортикостероидами у больных с синдромом Титце в купировании болевого синдрома стенокардитического характера.

Задачи. Доказать терапевтическую эффективность локальной терапии кортикостероидами у больных с синдромом Титце и хорошую переносимость препаратов в терапевтических дозах.

Материалы и методы. В исследование включены 44 женщины в возрасте от 34 до 76 лет и 14 мужчин в возрасте от 39 до 74 лет с установленным диагнозом синдрома Титце. Обе группы получали комплексную терапию. Экспериментальная группа (27 женщин и 9 мужчин) получала локальную терапию кортикостероидным препаратом бетаметазоном в терапевтической дозировке 7 мг в 1 раз неделю. Местная терапия применялась в отношении грудино-реберных сочленений. В контрольную группу вошли 17 женщин и 5 мужчин, получавших только комплексную терапию. Группы были сопоставимы по основным параметрам. Эффективность локальной терапии оценивалась клинически - купирование стойкого болевого синдрома, а также по результатам субъективной оценки пациентов (снижение болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале, улучшение двигательной активности и качества жизни, улучшение сна, восстановление работоспособности). Побочные эффекты оценивались по степени выраженности болевых ощущений в местах инъекций, колебаниям артериального давления, появлению головных болей и тошноты, транзиторной гипергликемии.

Результаты. В экспериментальной группе отмечалась ускоренная положительная динамика в процессе стационарного лечения - клиническое уменьшение проявлений болевого синдрома в течение 48 часов после проведения локальной терапии, улучшение

общего самочувствия на 2ой день после обкалывания. Положительный ответ наблюдался у 24 женщин (88,9%) и 7 мужчин (77,8%). Снижение болевых ощущений по ВАШ было отмечено пациентами с 90 - 100 до 50 - 60 уже на 2ой день после обкалывания, и до 20 - 30 на 7ой день. Пациенты также отмечали улучшение общей подвижности, увеличение двигательной активности, улучшение сна, снижение тревожности. В контрольной группе больных улучшение наступало позже, болевой синдром снижался медленнее (ВАШ - 50 - 60 на 8ой день стационарного лечения), двигательная активность пациентов также улучшалась медленнее и в меньшей степени по сравнению с экспериментальной группой. Субъективно все пациенты основной и контрольной групп отмечали уменьшение болей стенокардитического характера и улучшения самочувствия, однако пациенты экспериментальной группы были более удовлетворены динамикой результатов. Переносимость препарата: у 7 больных (4 женщин и 3 мужчин) отмечались гиперемия лица и транзиторное повышение артериального давления. У 4 пациентов (3 женщин и 1 мужчина) отмечались головокружение, тошнота, некоторое ухудшение общего самочувствия. У 5 пациенток с сопутствующим сахарным диабетом отмечалось незначительное транзиторное повышение уровня глюкозы в крови. При этом другие лабораторные показатели существенно не менялись. У 42 пациентов побочных эффектов не было обнаружено.

Выводы. Локальная терапия болевого синдрома стенокардитического характера у больных с синдромом Титце глюкокортикостероидами длительного действия достоверно ускоряет положительную динамику клинических проявлений заболевания, положительно влияет на субъективное самочувствие пациентов, хорошо переносится в терапевтических дозах, являясь, таким образом, эффективным и безопасным элементом комплексного лечения болевого синдрома у больных с синдромом Титце.

КУПИРОВАНИЕ ДОРСАЛГИИ ЛОКАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ТОЛПЕРИЗОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Мишина Ю.В.1, Барсукова Н.А.2

1Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж
2Городская Клиническая Больница № 20, Воронеж, Россия

Цель. Изучить влияние и эффективность локальной терапии миорелаксантом толперизоном в купировании болей в спине у больных первичным и вторичным остеоартрозом.

Задачи. Доказать терапевтическую эффективность и безопасность локальной терапии толперизоном у больных первичным и вторичным остеоартрозом с синдромом дорсалгии.

Материалы и методы. В исследование включены 70 женщин с синдромом дорсалгии, из них 52 женщины в возрасте от 34 до 77 лет с установленным диагнозом первичного остеоартроза и 18 женщин в возрасте от 26 до 74 лет с установленным диагнозом вторичного остеоартроза. Обе группы получали комплексную терапию остеоартроза, пациентки с вторичным остеоартрозом также получали болезнь модифицирующую терапию основного заболевания. Экспериментальная группа (33 больных первичным и 10 больных вторичным остеоартрозом) получала локальную терапию миорелаксантом толперизоном паравертебрально в терапевтической дозировке 100 мг в 2 мл 2% раствора лидокаина 2 раза неделю. В контрольную группу вошли 19 больных первичным остеоартрозом и 8 больных вторичным остеоартрозом, получавших только комплексную терапию. Группы были сопоставимы по основным параметрам. Эффективность локальной терапии оценивалась клинически (снижение болезненности в паравертебральных точках, улучшение подвижности в спине), а также по результатам субъективной оценки пациентов (снижение болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале, улучшение двигательной активности и качества жизни, восстановление работоспособности). Побочные эффекты оценивались по степени

выраженности болевых ощущений в местах инъекций, колебаниям артериального давления, появлению головных болей и тошноты.

Результаты. В экспериментальной группе отмечалась ускоренная положительная динамика в процессе стационарного лечения - клиническое уменьшение проявлений болевого синдрома в течение 48 часов после проведения локальной терапии, улучшение общего самочувствия на 2ой день после обкалывания. Положительный ответ наблюдался у 29 больных первичным (87,8%) и 7 больных вторичным остеоартрозом (70%). Снижение болевых ощущений в спине по ВАШ было отмечено пациентами с 90 - 100 до 50 - 60 уже на 2ой день после обкалывания, и до 20 - 30 на 7ой день. Пациенты также отмечали улучшение общей подвижности, увеличение двигательной активности, улучшение сна, снижение тревожности. В контрольной группе больных улучшение наступало позже, болевой синдром снижался медленнее (ВАШ - 50 - 60 на 8ой день стационарного лечения), двигательная активность пациентов также улучшалась медленнее и в меньшей степени по сравнению с экспериментальной группой. Переносимость препарата: у 5 больных (3 – первичным и 2 – вторичным остеоартрозом) отмечались сильные болевые ощущения в местах инъекций. У 8 больных (5 – первичным и 3 – вторичным остеоартрозом) отмечалось транзиторное понижение артериального давления в течение 2х часов после локального введения толперизона, сопровождавшееся головокружением, тошнотой, некоторым ухудшением общего самочувствия, с полным разрешением симптомов через 4-6 часов. У 30 больных побочных эффектов не было обнаружено.

Выводы. Локальная паравертебральная терапия дорсалгии больных первичным и вторичным остеоартрозом миорелаксантом толперизоном достоверно ускоряет положительную динамику клинических проявлений заболевания, положительно влияет на субъективное самочувствие пациентов, хорошо переносится в терапевтических дозах, являясь, таким образом, эффективным и безопасным элементом лечения дорсалгии в комплексной терапии больных первичным и вторичным остеоартрозом.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ЭРИТРЕМИЕЙ

Могурова М.А., Карнишкина О.Ю., Столярова В.В., Куркина Н.В., Лещанкина Н.Ю.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучить вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с эритремией.

Материалы и методы. Обследование проводилось в ГБУЗ РКБ №4 г. Саранск. Исследование ВСР проведено у 20 человек. Исследуемые были разделены на группы: контрольная группа - здоровые (n=10); исследуемая - больные с эритремией (n=10). Критерии включения: больные мужчины и женщины с диагнозами: эритремия ПБ стадии, без жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушений ритма сердца. Критерии исключения: больные с хроническими заболеваниями в стадии обострения; больные с онкологическими заболеваниями; больные с тяжелой патологией легких, печени, почек в стадии декомпенсации больные с сахарным диабетом; больные с ХСН – Пб-III ст., III-IV ФК.

Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ. Регистрировались параметры с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ-07-3/12Р. Анализировались следующие показатели ВРС: SDNN, SDANN, pNN50, rMSSD, VLF, LF, HF, LF/HF.

Результаты. По возрасту и полу группы достоверно между собой не отличались. В исследуемой группе было зарегистрировано значимое снижение ВСР по сравнению со здоровыми.

У больных эритремией выявлено достоверное снижение ВСР: показатель SDNN в 2 раза меньше, чем у здоровых (p<0,05). Показатель SDNN отражает суммарный эффект влияния на синусовый узел симпатического и парасимпатического отделов вегетативной

нервной системы. Снижение данного показателя свидетельствует о смещении вегетативного равновесия в сторону преобладания симпатической нервной системы.

В исследуемой группе выявлено снижение показателя SDANN на 43% по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$). В целом, показателю SDNN аналогичен SDANN, обладающий высокой прогностической ценностью.

Показатели активности парасимпатической нервной системы (pNN50, rMSSD, HF, LF, LF/HF) были значительно снижены по сравнению с группой контроля. Значение PNN50 у больных эритремией достоверно в 10 раз меньше, по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Показатель rMSSD у больных с эритремией в 3 раза ниже, чем у здоровых ($p < 0,05$). У больных эритремией отмечается снижение показателей HF и LF на 83 % и 66 % соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных с эритремией выявляются показатели электрической нестабильности миокарда в виде снижения ВСР и повышения влияния симпатического влияния на регуляцию сердечно-сосудистой системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ИСХОДАМИ

Морозов Н.Т., Козлова Л.С.

ФГБОУ ВО «Мордовский госуниверситет имени Н.П.Огарева», Саранск, Россия

Цель работы: изучение особенностей клинической картины и результатов инструментальных и лабораторных исследований у больных с различными исходами инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни больных ИМ, находившихся на лечении в Республиканской клинической больнице №3 г. Саранска. Первую группу составили 114 человек, которые закончили лечение и были выписаны, среди них 67 мужчин (58,8%) и 47 женщин (41,2%). Во вторую группу входили 107 человек, умерших от данного заболевания: 53 мужчины (49 %) и 54 женщины (51 %). Изучали клиническую картину и данные лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты. В первой группе преобладали мужчины, а во второй соотношение мужчин и женщин было равным. Возраст у мужчин в обеих группах был меньше, чем у женщин. В обеих группах основной жалобой была боль за грудиной жгучего, давящего характера, которая, однако, встречалась не у всех больных. В первой группе значительно чаще по сравнению со второй (22,8 и 13,9 % соответственно) встречалась безболевого форма ИМ. Атипичная локализация боли в первой группе выявлена в 5,7 %, а во второй – в 2,8 % случаев. Одышку умершие больные отмечали тоже чаще (75 и 63,2 % соответственно). Чувство страха, внутреннюю тревогу в обеих группах испытывало примерно одинаковое количество пациентов (22%).

Из сопутствующих заболеваний в обеих группах основными являются гипертоническая болезнь (93 и 97% соответственно), ИБС в иных ее проявлениях, перенесенный ранее ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения, сахарный диабет. ИБС и сахарный диабет во второй группе отмечалась также гораздо чаще, чем в первой. Во второй группе значительно чаще встречался ИМ с зубцом Q (75 %), в то время как в первой группе он зарегистрирован лишь у 55,3 % больных. Локализация ИМ существенно не отличалась по частоте в обеих группах.

При ЭхоКС у умерших больных, по сравнению с 1 группой, гораздо чаще встречались зоны гипо- и дискинезии (93,8 и 72 %).

Лейкоцитоз отмечался у 28 и 81% больных соответственно, повышение СОЭ отмечено у 63% больных в обеих группах. АСТ была повышена у 56%, ЛДГ – в 76% случаев. КФК-МВ в 100 % случаев была выше нормы.

Среди осложнений ИМ наиболее частыми были различные нарушения ритма и проводимости. У умерших больных кардиогенный шок развился в 63,9 % случаев, в первой группе - 1,8 %. Значительно чаще у умерших больных встречались такие грозные осложнения, как аневризма ЛЖ, отек легких, сердечная астма, тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы. Проведенное нами исследование выявило некоторые особенности клинической картины ИМ, которые заключались в увеличении количества больных с безболевогой формой ИМ, отсутствии температурной реакции у большинства больных, отсутствии в большом числе случаев достоверного повышения некоторых лабораторных показателей инфаркта миокарда (лейкоцитоз, СОЭ, ЛДГ, АСТ). В то же время тропонины и КФК-МВ у всех обследованных больных дали положительные результаты.

ЗАВИСИМОСТЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОТ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Морунов О.Е., Орлова Н.В.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Цель исследования. Оценить зависимость суточной вариабельности артериального давления (АД) в операционном периоде у больных артериальной гипертензией от стрессоустойчивости

Методы исследования: В исследование включено 56 пациентов (в возрасте 45 - 50 лет) с ГБ 1 - 2 степени. Проведены тесты на стрессоустойчивость Perceived Stress Scale (PSS) и the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Обследование проводилось на аппарате суточного монитора артериального давления (СМАД - аппарат ЭДНИТ Meditech АВРМ - 02 Геден Рихтер Венгрия) за 2 недели до оперативного вмешательства и за 1 сутки до оперативного вмешательства. Оценивались показатели СМАД: среднесуточные (САД ср. и ДАД ср.), дневные (САД дн. и ДАД дн.), ночные (САД н. и ДАД н.), частота пульса, пульсовое АД (ПАД), значение суточного индекса (СИ), подъем АД в утренние часы. В процессе обработки для статистического анализа использовалась программа Excel 2007.

Результаты. По результатам тестов на стрессоустойчивость больные разделены на 2 группы: 17 пациентов стрессоустойчивые и 39 пациентов нестрессоустойчивые. При сравнении данных по результатам СМАД до оперативного лечения выявлено, что у нестрессоустойчивых пациентов наблюдалось более выраженное увеличение скорости утреннего подъема САД: 54 (до операции) и 56,5 (после операции) в сравнении со стрессоустойчивыми: 48 (до операции) и 53 (после операции) $P < 0,008$. Отмечено более выраженное увеличение скорости утреннего подъема ДАД: 39,5 (до операции) и 43 (после операции) в сравнении со стрессоустойчивыми: 38 (до операции) и 42 (после операции) $P < 0,05$. Среди нестрессоустойчивых пациентов выявлены более низкие величины суточного индекса САД («Non-dipper»): До операции: СИ САД -9, после операции СИ САД -7, до операции СИ ДАД -8, после операции СИ ДАД -6,5. У стрессоустойчивых пациентов СИ САД до операции и после операции были в пределах нормы, СИ ДАД до операции 11, после операции СИ ДАД -9,5 ($P < 0,05$).

Выводы: Пациенты ГБ 1-2 стадии в зависимости от стрессоустойчивости имеют различия в скорости утреннего подъема АД и величины суточного индекса в операционном периоде. Недостаточное снижение АД в ночные часы является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Таким образом, стрессоустойчивость пациентов с АГ должна учитываться в подготовительном предоперационном периоде.

НЕКОТОРЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Мосина Л.М., Гераськин А.Е., Голубев А.Г., Титойкина Ю.В.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) занимает третье место из числа заболеваний, формирующих острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Нарушения гемодинамики, появляющиеся на ранних стадиях заболевания разнообразны, приобретают генерализованный характер, имея при этом четкую стадийность и, как правило, детерминированы степенью тяжести деструктивных изменений в железе. Ультразвуковое исследование - важнейший диагностический метод при ОП, открывающий широкие возможности, но информативность в исследовании артериального и венозного кровотока печени при ОП пока до конца не изучена.

Цель исследования. Изучение особенностей артериального и венозного кровотока у больных ОП с помощью ультразвуковой доплерографии.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование 23 пациентов с диагнозом: острый панкреатит, которые находились на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4» и «Республиканская клиническая больница №3» городского округа Саранск. Критерием отбора пациентов послужило наличие точно установленного диагноза: ОП, возраст от 20 до 70 лет. Исследование производилось на 1, 3, 6, 9 и 12 сутки от начала заболевания. На основании оценки доплеровского спектра определяли количественные параметры кровотока в артериальных сосудах и воротной вене. При этом использовались параметрические методы оценки результатов - вычисление средней арифметической, среднеквадратического отклонения, средней ошибки средней арифметической. Достоверность изменений признавалась при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты. Ультразвуковая диагностика при отечной форме острого панкреатита показала наличие преходящих гемодинамических изменений в системном и портальном кровотоке, характеризующимися ускорением объемной скорости кровотока с 1-х по 6-е сутки наблюдения: по чревному стволу. Панкреонекроз сопровождался явлениями эндотоксикоза и глубокими системными нарушениями в виде полиорганной недостаточности, проявляющимся возникновением портальной гипертензии, о чем свидетельствовали стойкие изменения во все сроки наблюдения: увеличение диаметра воротной вены, а также ускорение линейной и объемной скорости кровотока по чревному стволу с максимумом значений на 9-е сутки и венам портальной системы.

Выводы. Ведущей причиной функциональных изменений печени при остром панкреатите являются развивающиеся глубокие микроциркуляторные расстройства, дегенеративно-дистрофические изменения гепатоцитов и декомпенсации механизмов детоксикации. Степень выраженности изменений, по нашим данным, зависит от интенсивности воспалительного процесса в поджелудочной железе. При отечной форме ОП изменения менее выражены и происходит их быстрая нормализация. При панкреонекрозе изменения в гемодинамике носят более стойкий характер и за период наблюдения не нормализуются.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Москаева Е.А.

ФГБОУ ВПО Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарёва,
медицинский институт

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии с курсом фармацевтической
технологии, Саранск, Россия

Актуальность проблемы. В последние годы появился ряд сообщений о том, что тревожное расстройство в постинсультном периоде у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) оказывает существенное влияние на процесс реабилитации и ресоциализации больных. Нами был проведен ряд исследований, показавших высокую корреляционную связь между тревожными расстройствами и инсомническими проявлениями у больных с ОНМК. Данные результаты послужили основанием для включения в терапию указанной группы больных препарата мелатонина.

Цель исследования. Целью данной работы был анализ влияния синтетического аналога эпифизарного гормона мелатонина на аффективный фон пациента, в частности на показатели личностной и реактивной тревожности.

Материалы и методы. Нами было проведено нейропсихологическое обследование 54-х пациентов, с ишемическим инсультом в анамнезе, имевших нарушения сна в виде инсомний.

Для коррекции инсомнических расстройств был проведен 2-х недельный курс мелатонином, по 3 мг 1 раз в день за 30 минут до сна.

Исследование проводилось путем анализа данных анкеты Спилбергера для самооценки личностной и реактивной тревожности. Анкетирование проводилось до и после приема препарата. Статистическая обработка осуществлялась при помощи функций статистического анализа приложения Microsoft Excel. Достоверность результатов рассчитывали по t-критерию Стьюдента и показателю достоверности (p).

Результаты. Показатели, отражающие уровень личностной тревожности (ЛТ) были таковыми: низкую ЛТ имели 13 пациентов (24,07%), умеренную – 15 (27,78%), высокую – 26 (48,15%). После курса 2-х недельной терапии отмечались следующие изменения: низкая ЛТ у 29 больных (53,7%), умеренная – у 13 (24,07%) и высокая – у 12 (22,22%).

Выраженность реактивной тревожности (РТ) до начала лечения была следующая: низкая РТ у 6 пациентов (11,11%), умеренная – у 12 (22,22%) и высокая у 36 (66,67%). На фоне лечения была отмечена положительная динамика: низкая РТ у 29 больных (53,71%), умеренная – у 11 (20,37%), высокая у 14 (25,92%).

Выводы. Итак, полученные данные свидетельствуют о том, что коррекция нарушений сна, путем нормализации циркадианных ритмов в значительной степени снижает уровни проявления личностной и реактивной тревожности, что в свою очередь улучшает качество жизни пациентов, перенесших инсульт, и улучшает реабилитационный прогноз.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИЕМА МЕТОПРОЛОЛА И ДИЛТИАЗЕМА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Назакрина М.Г., Столярова В.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: Выявить изменения вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП), профилактически принимающие метопролол и дилтиазем.

Методы исследования: На базе ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарева», кафедры госпитальной терапии проведено обследование 82 человек в возрасте 40-70 лет (средний возраст $59,11 \pm 2,05$). Все пациенты были разделены на четыре группы. Первую составили 24 здоровых человека; вторую (n=24) - пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) (без указания на нарушения ритма), третью (n=18) - пациенты с ИБС с пароксизмальной формой ФП, принимающие метопролол, четвертую (n=16) - пациенты с ИБС с пароксизмальной формой ФП, принимающие дилтиазем. Пациентам было проведено суточное

мониторинг ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ) с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ - 07-3/12Р. Оценивались статистические (avNN, SDNN, pNN%, rMSSD, SDNNidх, SDANN) и спектральные (VLF, LF, HF, LF/HF, TF) показатели ВСР.

Результаты: Средний возраст первой группы составил 54,46±1,32, второй – 58,92±2,00, третьей - 61,56±2,29, четвертой – 61,50±2,60. На фоне приема метопролола длительность пароксизма по анамнезу 16,94±1,86 месяцев, а на фоне дилтиазема – 13,50±1,71 месяцев. В группе здоровых показатели были следующие: avNN - 804,83±26,30 мс, SDNN - 144,58±10,47 мс, pNN% - 8,92±2,24 %, rMSSD - 33,21±4,07 мс, SDNNidх - 55,83±3,80 мс, SDANN - 130,21±9,74 мс, VLF - 2539,25±312,23 мс², LF - 1282,54±145,23 мс², HF - 480,50±96,25 мс², LF/HF - 4,32±0,64, TF - 4256,26±543,06 мс²; у пациентов с ИБС без ФП: avNN - 844,95±28,67 мс, SDNN - 148,08±10,46 мс, pNN% - 10,67±2,97 %, rMSSD - 39,60±7,13 мс, SDNNidх - 61,75±7,15 мс, SDANN - 126,50±7,80 мс, VLF - 2464,67±412,40 мс², LF - 1248,50±295,37 мс², HF - 880,25±275,72 мс², LF/HF - 4,14±1,00, TF - 4593,42±949,07 мс²; на фоне приема метопролола: avNN - 918,44±22,37 мс, SDNN - 122,67±5,19 мс, pNN% - 6,78±1,81 %, rMSSD - 35,25±5,05 мс, SDNNidх - 48,00±3,88 мс, SDANN - 111,67±4,58 мс, VLF - 2286,33±392,26 мс², LF - 1205,89±309,20 мс², HF - 377,11±107,44 мс², LF/HF - 4,62±0,74, TF - 3869,33±703,00 мс²; на фоне дилтиазема: avNN - 798,50±17,03 мс, SDNN - 119,50±18,11 мс, pNN% - 5,50±2,02 %, rMSSD - 25,50±2,60 мс, SDNNidх - 46,00±7,51 мс, SDANN - 110,00±23,09 мс, VLF - 1867,00±523,66 мс², LF - 1030,00±418,00 мс², HF - 288,00±92,95 мс², LF/HF - 3,16±0,43, TF - 3185,00±1034,61 мс². По сравнению с группой здоровых у больных с пароксизмальной формой ФП, принимающих метопролол, отмечается достоверное повышение avNN на 14%. По отношению к группе больных с ИБС без ФП у больных с пароксизмальной формой ФП, принимающих метопролол, достоверных различий не выявлено. На фоне приема дилтиазема у пациентов с пароксизмальной формой ФП по сравнению со здоровыми и пациентами с ИБС без ФП достоверных различий нет.

Выводы: При анализе вариабельности сердечного ритма у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий регистрируется превалирование парасимпатического влияния на фоне профилактического приема метопролола.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА СРЕДИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. РЕГИСТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА РЯЗАНИ

Низов А.А., Сучкова Е.И., Дашкевич О.В., Селявина О.Н.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России; г. Рязань, Российская Федерация.

Цель. Изучить частоту встречаемости нарушений углеводного обмена среди амбулаторных больных сердечно-сосудистыми заболеваниями; проанализировать качество назначаемой гиполипидемической, антигипертензивной и антитромботической медикаментозной терапии.

Методы исследования. В исследование включали пациентов нескольких врачебных участков территориальной поликлиники города Рязани в возрасте от 18 лет, состоящих на диспансерном учете с диагнозом гипертоническая болезнь или ишемическая болезнь сердца. Обязательным условием считали наличие в амбулаторной карте визита к терапевту с подробным описанием статуса и лечения на протяжении 2016 года. Проводили статистическую обработку материалов; достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Проведено регистровое исследование 1000 амбулаторных карт пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: 616 женщин и 384 мужчины; средний возраст составил 64,3±12,3 лет. У трети больных общей когорты встречаются различные варианты нарушения углеводного обмена (у 20,9% - сахарный диабет 2 типа; у 8,4% - гликемия натощак; у 4,3% - нарушенная толерантность к глюкозе). Нарушения углеводного обмена в 1,8 раз чаще встречаются среди женщин. Ишемическая болезнь сердца встречается

у пациентов с нарушениями углеводного обмена в 53,2% (n=178) случаев, что достоверно чаще, чем у лиц с нормогликемией - 43,4% (n=228). Частота постинфарктного кардиосклероза в 1,5 раз выше у пациентов с гипергликемией в сравнении с лицами с нормогликемией [11,9% (n=40) и 8,1% (n=54) случаев соответственно]. Мозговой инсульт в анамнезе встречается в 1,5 раза чаще у лиц с нарушением углеводного обмена, чем у лиц с нормогликемией [10,7% (n=36) и 7,8% (n=52) случаев, соответственно]. Ожирение достоверно чаще встречается у больных с нарушением углеводного обмена в сравнении с общей когортой [38,4% (n=129) и 18,1% (n=181) случаев, соответственно].

Всего 45,5% больных сахарным диабетом 2 типа получают статины, но только 18,1% из них достигли уровня общего холестерина менее 4,5 ммоль/л. Анти тромботическая терапия назначена 46,1% пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Значений артериального давления менее 140/90 мм рт.ст. достигли 64,5% больных с нарушением углеводного обмена; 28,8% достигли первой степени гипертонической болезни, 6% и 0,7% - второй и третьей степени соответственно. 20,2% пациентов с нарушением углеводного обмена не получают антигипертензивных препаратов, 16,6% получают один препарат, 25,6% - два препарата, 37,6% - три и более лекарственных средства.

Выводы. Среди амбулаторных больных с заболеваниями сердечно-сосудистого континуума высока частота встречаемости нарушений углеводного обмена, в том числе - сахарного диабета 2 типа. У лиц с нарушением углеводного обмена доказательно чаще встречаются ишемическая болезнь сердца и ожирение. Амбулаторная терапия сердечно-сосудистых больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа не в полной мере соответствует клиническим рекомендациям.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Осипова Н.А., Екимова Н.А., Тарасов Д.Г.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань), Астрахань, Россия

Цель: преобразовать и внедрить новые подходы в организации работы системы сестринской помощи для повышения качества оказания высокотехнологической медпомощи и эффективного сестринского ухода, анализ эффективной экономической целесообразности.

Методы исследования: В рамках реализации пункта 8 Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 г, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г № 614, Министерство Здравоохранения РФ проинформировало о включение в число «пилотных» организаций по изучению и работе моделей расширения функциональных обязанностей медицинских сестер ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань). В Центре была введена и апробирована новая организация системы работы медицинских сестер по должности «Медицинская сестра-клиническая».

В Центре был проведен хронометраж рабочего времени следующих медицинских сестер: палатная (постовая), перевязочной, процедурной. В смену на каждом посту работают 2 медицинские сестры, плюс медицинская сестра координатор. Нагрузка на 1 медицинскую сестру не превышает 10 человек, что позволяет владеть полной информацией о пациенте, осуществлять адекватное наблюдение за пациентами и обеспечивать качественный уход круглосуточно, а также повышает ответственность медсестры за выполненную работу.

В результате внедрения новой системы работы медицинских сестер были определены преимущества: 1.Выполнение расширенного объема выполняемых манипуляций и взаимозаменяемость за счет регулярного обучения медицинских сестер. 2.Улучшение качества оказания медицинской помощи. 3.Повышение удовлетворенности своим трудом.

Результаты: По данным анкетирования проведенных среди пациентов: у 82, 5% уменьшилось чувство тревоги перед предстоящей операцией, а 92% пациентов стали более

уверенны в безопасности оказания медицинской помощи во время оперативного вмешательства и постоперационного периода.

По данным анкетирования проведенного среди медицинских сестер принимавших участие в данном проекте 98% желают работать медицинской сестрой клинической, 95% считают, что качество ухода за пациентами улучшилось, 5% затрудняются оценить т.к. не было опыта работы.

Показатели экономической целесообразности (было/стало): медицинская сестра на 25 пациентов/8-10; средний койко-день-7,9 (5,6); послеоперационные осложнения- 441 (234); общая летальность —1,1 (0,6).

По результатам апробации новой модели работы были утверждены Методические рекомендации (2013)

Выводы: Выбранное направление внедрения стандарта медицинской сестры (клинической) позволило повысить качество и доступность оказания медицинской помощи пациентам, снизить экономические затраты на лечение пациентов путём профилактики возможных осложнений, а также повысить удовлетворенность своим трудом в профессии.

ВЗАИМОДОПОЛНИТЕЛЬНОСТЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ И МЕЖСУБСТРАТНОЙ РЕФЛЕКСИЙ КАК ОСНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕОРИИ

Песоцкая Е.Н., Инчина В.И., Зорькина А.В.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

В современной информационной картине мира теоретическим и прикладным параметром выступает мера изменения процессов самоорганизации и структурной сложности, значимые для методологии радиологии, физиологии и терапии.

Цель. Описание принципа взаимодополнительности рефлексий в терапевтическом процессе на основе параметрического анализа противоположных методологических подходов с целью формирования междисциплинарных оснований медицинской теории.

Материалы и методы: принцип взаимодополнительности рефлексий, трансдисциплинарный анализ, описательный и объяснительный подходы.

Результаты. Анализ субстратных характеристик человеческой целостности - информативности (I), энергетичности (E), витальности (V) как жизнеспособности придаёт системный физико-химический смысл элементам и состояниям субстратной целостности. Возрастание последней соответствует самоорганизации живого, исследуемого нами в поле пересечения соединительнотканной и межсубстратной рефлексий. В соединительнотканной рефлексии названные параметры характеризуют биоэнергетический контроль клеточного уровня, определяя состояние «информационных аттракторов», что на наш взгляд, предшествует темпоральным фазовым переходам в метаболических циклах в новое качественное состояние. Через комплексы взаимосвязанных IEV-характеристик субстратно проявляется эндогенность человеческих ценностей, весомая в диагностике. Ценности суть структурно-смысловая информация, детерминирующая функциональное состояние соединительной ткани как кибернетической системы, что методологически значимо в анализе природы субстанциональной компоненты. Самоорганизация живого - процесс, атрибутивно связанный через V и I с эволюцией соединительной ткани как топологического субстрата. Динамика личностных изменений как изменений подсистемы человека, описываемая естественнонаучным языком - метамакрофизическое поле изучения межсубстратной рефлексии в терапии. Операциональную схему исследования субстанциональной компоненты и процесса рефлексии составляют синтезы в интеллекте, цепи: «восприятие - синестезия - амплификация - представление (установка) - понятие - благо». Комплексное воздействие семиотических систем и коммуникации на соединительнотканную субстратность рассмотрено через когнитивные схемы сознательной регуляции человеческой жизнедеятельности. Так, системообразующая роль языкового

синтеза в понятиях информационно определяет единство жизнеобеспечения через единство надбиологических качеств и свойств человека, определяющих особенности его морфопсихотипа и биосоциальной адаптивности.

Выводы. Основанием медицинской теории становится принцип взаимодополнительности рефлексий, при котором в соединительнотканной рефлексии осуществляется биоэнергетический взаимоконтроль элементов регионарного уровня, и в межсубстратной рефлексии — метаантропологического уровня как опредмеченная ментальность.

ТЕРАПИЯ КАК ЭПИСТЕМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ В КОРРЕКЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ МЕХАНИЗМОВ МОРФОГЕНЕЗА

Песоцкая Е.Н., Аксенова С.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Возвращение в концепт формирующейся «человекоцентрированной» медицины» основ душевно-телесного врачевания с их потенциалом означает обращение медицины к соединительнотканной индивидуальности. В этом направлении субстратная методология исследует человеческую целостность междисциплинарно, потому представленность соединительнотканых механизмов жизнедеятельности в аспекте теории самоорганизации актуальна. Состояние функциональных комплексов организма в онтогенезе определяет собственно мотивационно-соединительнотканый механизм человеческой субстратности, сущность которого позволяет глубже исследовать природу патологической соединительнотканной рефлексии и памяти.

Цель работы: формирование общей модели производящих начал информационной причинности в терапии и фармаколении.

Материалы и методы: метод междисциплинарного анализа, метод динамической и субстратной рефлексии, принцип взаимодополнительности методологий в системном управлении процессом лечения: терапевтической, фармакотерапевтической, натурфилософской.

Результаты. Соединительнотканная компонента как субстанциальная основа морфо- и патогенеза всесторонне раскрывается в теории информации и синергетике с целью понимания производящих начал информационной причинности. Это демонстрирует параметрический анализ IEV-параметров субстратной целостности организма в количественном и в качественном аспектах.

Детерминистические представления о проявлении взаимоотношения духовного и телесного, психического и соматического в человеке - суть выяснения причинных связей в рамках нейродинамики мозга как саморегулирующей системы. Влияние психического, идеального на физиологическое, материальное сводится к тому, что психическое, являясь информационным содержанием мозговых нейродинамических кодов, управляет в том же смысле, в каком управляет информация. Производящим началом информационной причины выступает специфическая структура кода, в которой воплощена информация. «Воздействие души на тело» суть перенос информации с помощью нейродинамического сигнала. В системной соединительнотканной медицине представление о лечении как воздействии интеллекта врача, в сущности означает «эпистемическое действие» в поле соединительнотканной рефлексии. Диагностическое познание с его полевой обусловленностью эпистемически влияет на иерархию гомеостатических процессов от

информационного до тканевого и на интенсивность мотивационно-соединительнотканного механизма как на функциональные характеристики соединительнотканной реальности, на регионарность процессов в этой ткани. Отражение управляющей роли информации постулируется как сущность межсубстратной рефлексии, обоснованной как метод получения интегрального показателя состояния и производного вышеназванного воздействия интеллекта на мотивационно-соединительнотканные механизмы морфогенеза.

Выводы. Междисциплинарный анализ динамической субстратной рефлексии в современных терапевтических концепциях рассматривается как системное эпистемическое действие по коррекции соединительнотканых механизмов жизнедеятельности.

ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ

Петрова Т.Н., Колесникова Е.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучить особенности выраженности сопутствующих клинических симптомов у больных артериальной гипертензией в зависимости от их статуса вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК).

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 120 пациентов с 1, 2 и 3 степенью повышения артериального давления. Использовался метод определения чувствительности к фенилтиокарбамиду, разработанный Н. Harris и Н. Kalmus. В 100 мл дистиллированной воды растворяли навеску ФТК массой 260 мг. Получается исходный раствор (разведение 0), каждое последующее разведение уменьшалось вдвое. Таким образом, использовалась серия из 14 разведений ФТК в прогрессии 2,6 г на 1 л дистиллированной воды с предъявлением испытуемому в порядке от наименьшей величины n (0,08 мг/л) до момента четкого ощущения горечи. Испытуемому предлагалось поместить на область корня языка полоску фильтровальной бумаги, предварительно смоченную в растворе ФТК известной концентрации, определяя свою индивидуальную способность или неспособность ощущать горький вкус ФТК: ФТК+ или ФТК-.

Результаты. Результаты проведенного обследования 120 пациентов с артериальной гипертензией 1, 2, 3 степенью показали, что среди обследованных больных «нон-тестерами» являлись 73 человека (60,8%), в том числе 48 мужчин (62,3% всех обследованных мужчин) и 25 женщин (58,1% всех обследованных женщин). «Тестерами», т.е. лицами, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, оказались 47 человек (39,2%), среди них 29 мужчин (37,7%) и 18 женщин (41,9%). Таким образом, обнаружены гендерные различия в исследуемых группах ($\chi^2_{(1)} = 0,307, p = 0,580$). Изучение сопутствующих клинических симптомов показало, что одышка была выявлена у 38 (31,7%) обследованных больных. Частота встречаемости данного симптома оказалась большей в группе АГ «нон-тестеры»: доля таких пациентов в группе составила 31,5% (23 пациента) против 21,3% (10 больных) в группе больных АГ «тестеры» ($\chi^2_{(1)} = 4,988, p = 0,026; \phi = 0,177, p = 0,002$). Отеки наблюдались у одной трети обследованных (41 человек). В группе АГ «нон-тестеры» доля больных с отеками составила 41,1% (30 человек), а в группе АГ «тестеры» - 23,4% (11 человек) ($\chi^2_{(1)} = 9,162, p = 0,002; \phi = 0,239, p = 0,002$). Жалобы на учащенное сердцебиение предъявляли на момент исследования 43,3% больных (52 больных). В первой группе частота встречаемости этого симптома 50,7% (37 человек), а во второй - 27,7% (13 пациентов) ($\chi^2_{(1)} = 5,524, p = 0,019; \phi = 0,186, p = 0,019$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значительно большей выраженности клинической симптоматики хронической сердечной недостаточности у пациентов, входивших в группу «нон-тестеры». Следовательно, определение статуса вкусовой чувствительности к ФТК на ранних стадиях гипертонической болезни может

помочь спрогнозировать течения этого заболевания и проводить раннюю профилактику серьезных сердечно-сосудистых осложнений.

АНАЛИЗ БЕССИМПТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Петрова Т.Н., Колесникова Е.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучить особенности бессимптомного поражения органов-мишеней у больных с избыточной массой тела и артериальной гипертензией, а так же изучить взаимосвязь изменения этих показателей с изменением вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК).

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 120 пациентов с 1, 2 и 3 степенью повышения артериального давления и индексом массы тела 25-25,9 кг/м². В исследовании использовался метод определения чувствительности к фенилтиокарбамиду, разработанный Н. Harris и Н. Kalmus. В 100 мл дистиллированной воды растворяли навеску ФТК массой 260 мг. Получается исходный раствор (разведение 0), каждое последующее разведение уменьшалось вдвое. Таким образом, использовалась серия из 14 разведений ФТК в прогрессии 2,6 г на 1 л дистиллированной воды с предъявлением испытуемому в порядке от наименьшей величины *n* (0,08 мг/л) до момента четкого ощущения горечи. Испытуемому предлагалось поместить на область корня языка полоску фильтровальной бумаги, предварительно смоченную в растворе ФТК известной концентрации, определяя свою индивидуальную способность или неспособность ощущать горький вкус ФТК: ФТК+ или ФТК-.

Результаты. Результаты проведенного обследования 120 пациентов с артериальной гипертензией 1, 2, 3 степенью показали, что среди обследованных больных «нон-тестерами» являлись 73 человека (60,8%), в том числе 48 мужчин (62,3% всех обследованных мужчин) и 25 женщин (58,1% всех обследованных женщин). «Тестерами», т.е. лицами, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, оказались 47 человек (39,2%), среди них 29 мужчин (37,7%) и 18 женщин (41,9%). Таким образом, обнаружены гендерные различия в исследуемых группах ($\chi^2_{(1)} = 0,307, p = 0,580$). Изучение показателей бессимптомного поражения органов-мишеней показало, что среднее значение ЛПИ оказалось равным $0,868 \pm 0,020$ в группе больных АГ «нон-тестеры», а во второй группе АГ «тестеры» средний показатель ЛПИ составил $0,831 \pm 0,041$. ЛПИ менее 0,9 был выявлен у 36 пациентов (30%), из них в группу «нон-тестеры» входили 28 больных (77,8%). Среднее значение СРПВ в выборке было равным $10,24 \pm 0,2$ м/с. В группе больных АГ «нон-тестеры» этот показатель был равным $11,09 \pm 0,12$ м/с, а в группе АГ «тестеры» - $9,38 \pm 0,28$ м/с. СРПВ более 10 м/с была выявлена у 102 пациентов (85%), из них в группу «нон-тестеры» входили 66 человек (64,7%). Среднее значение ИММЛЖ оказалось равным $109,44 \pm 1,23$ г/м². В группе больных АГ «нон-тестеры» этот показатель был равным $110,74 \pm 1,21$ г/м², а в группе АГ «тестеры» $108,13 \pm 1,24$ г/м².

Выводы. Данные свидетельствуют о значительно большей выраженности показателей бессимптомного поражения органов-мишеней среди пациентов, входивших в группу «нон-тестеры». Следовательно, определение статуса вкусовой чувствительности к ФТК у пациентов с избыточной массой тела и повышенным артериальным давлением может помочь предотвратить дальнейшее развитие этих заболеваний и опасных для жизни метаболических нарушений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ КРЫС ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИ ВВЕДЕНИИ ПРОИЗВОДНЫХ 3-ОКСИПИРИДИНА

Петров В.В., Инчина В.И., Замотаева М.Н., Дроздов И.А., Конорев В.В.
МГУ им. Н.П.Огарёва, Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель работы. Изучить патоморфологические аспекты изменений в миокарде при перевязке коронарной артерии сердца в условиях коррекции 3-оксипиридина сукцинатом и 3-оксипиридина адипинатом.

Методы исследования. В контрольной группе у крыс проводилась перевязка нисходящей ветви левой коронарной артерии по методике Джиджихия К.М. с соавт., 2012. Во 2-й серии животных внутрибрюшинно вводился 3-оксипиридина сукцинат в дозе 50 мг/кг за 30 мин. до перевязки сосуда.

В 3-й группе за 30 мин. до окклюзии сосуда внутрибрюшинно вводился 3-оксипиридина адипинат в дозе 80 мг/кг. По окончании эксперимента извлекались кусочки миокарда, фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Зафиксированные образцы после дегидратации заливали парафином, а затем на роторном микротоме получали срезы толщиной 5-6 мкм., производили окраску срезов гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизон.

Результаты. При гистологическом исследовании миокарда животных в контрольной группе выявлялась зона некроза, в которой наблюдалось полнокровие микроциркуляторного русла, спазм артерий крупного калибра, очаги кровоизлияний, периваскулярный и перицеллюлярный отек, начальные признаки клеточной инфильтрации. В кардиомиоцитах отмечалось набухание с выраженной гомогенной эозинофилией цитоплазмы, приобретающей «лаковый» вид, с базофильными пикнотичными ядрами. Наблюдались участки миофибриллярной дегенерации и участки извилистых волокон с фрагментами миоцитолита, глыбчатого распада миофибрилл кардиомиоцитов, а также обнаружены участки контрактурного повреждения кардиомиоцитов.

При введении 3-оксипиридина сукцината и 3-оксипиридина адипината гистологические изменения сосудистого характера сохранялись, однако массивных кровоизлияний не наблюдалось, выраженность отека была меньше, интенсивность деструктивных изменений кардиомиоцитов снижалась, лейкоцитарная инфильтрация незначительно уменьшалась.

Выводы. 3-оксипиридина сукцинат и 3-оксипиридина адипинат уменьшают выраженность гистологических изменений, возникающих при экспериментальном инфаркте миокарда в виде снижения дегенеративных изменений в кардиомиоцитах, уменьшения выраженности кровоизлияний в строму, снижения степени перицеллюлярного и периваскулярного отека.

РЕНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Полозова Э.И., Мамкина Н.Н., Сеськина А.А., Азизова Э.З., Абрамова С.Г.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарева»,
Саранск, Россия

В настоящее время несомненна высокая актуальность проблемы метаболического синдрома (МС), что обусловлено его большой распространенностью, многообразием клинических проявлений, негативным влиянием на сердечно-сосудистый риск, прогрессивными темпами роста заболевания во всем мире. МС ассоциируется с субклиническим поражением жизненно важных органов, в том числе и почек.

Цель. Изучить особенности поражения почек у больных МС, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2016-2017 гг.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование 60 пациентов с МС (47 % мужчин и 53% женщин), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2016-2017 гг. Средний возраст пациентов составил $60,83 \pm 2,15$ лет. У больных оценивали общий анализ крови, показатели биохимического анализа крови. Для характеристики функционального состояния почек у всех пациентов определяли креатинин сыворотки крови, исследовали общий анализ мочи, наличие микроальбуминурии (МАУ) экспресс методом. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле СКД EPI, 2009 г., модификация 2011 г. Статистический анализ данных проводился по общепринятым формулам с использованием пакета программ Excel-7.

Результаты. Проведенное исследование показало, что пациенты анализируемой группы в 87% случаев имели 3-х компонентный МС, в 13% - 4-х компонентный. При структурном анализе установлено, что из всех вариантов МС наиболее часто встречалось сочетание абдоминального ожирения, артериальной гипертензии и клинически манифестированного нарушения углеводного обмена (сахарный диабет 2 типа) – в 67% случаев. У большинства больных с МС отмечены нарушения функции почек. Средние значения показателя креатинина крови у больных МС составили $105,1 \pm 15,3$ мкмоль/л. У 62% больных с МС отмечалось снижение СКФ, у 12% пациентов регистрировалась гиперфльтрация. У 76,7% больных с МС диагностирована МАУ. У больных с МС были выявлены тесные взаимосвязи: МАУ с индексом массы тела ($r=0,44$, $p<0,05$), с общим холестерином ($r=0,48$, $p<0,05$), с холестерином липопротеидов низкой плотности ($r=0,46$, $p<0,05$), с триглицеридами ($r=0,37$, $p<0,05$), обратная взаимосвязь - с холестерином липопротеидов высокой плотности ($r=-0,31$, $p<0,05$), с глюкозой крови ($r=0,52$, $p<0,05$). Взаимосвязь показателя СКФ с метаболическими нарушениями была более слабой.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о прогностической ценности выявления ренальных нарушений у больных МС. Полученные данные обосновывают необходимость учета показателей СКФ, МАУ у пациентов с МС с целью профилактики и раннего начала медикаментозной терапии. Показатель МАУ оказался более чувствительным индикатором взаимосвязи ренальной дисфункции с метаболическими нарушениями, по сравнению со СКФ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ СМАРТФОНОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Понькин С.Л., Федорова Е.Л., Чиканова Н.А., Цыганкова О.В.

Кардиологическое отделение, ЗАО «Курорт-отель «Сосновка», Бердск, Россия

Цель: оценить влияние мобильных приложений, устанавливаемых на смартфоны и количественно отслеживающих уровень физической активности, на эффективность проводимой реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда и последующее хирургическое вмешательство на сердце.

Материалы и методы: Обследовано 213 пациентов (93 (43,7%) мужчины и 120 (56,3%) женщины) в возрасте $60,4 \pm 11,7$ лет, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) от 6 дней до 6 месяцев назад (медиана 17 [10;139] дней), которые проходили второй этап реабилитации (в течение $11,6 \pm 1,3$ дней) в условиях специализированного кардиологического отделения курорт-отеля «Сосновка», г.Бердск. Пациенты были рандомизированы в две группы: первую (опытную) – использовавшую приложения, отслеживающие уровень физической активности – трекеры движения (вид устройства и характер отслеживаемых показателей не имел значения), куда вошли 111 человек (52,1%) и вторую (контрольную) – не использовавшую их - 102 человека (47,9%). В момент поступления, в середине курса реабилитации и перед выпиской из стационара проводился тест шестиминутной ходьбы (ТШХ1, ТШХ2 и ТШХ3,

соответственно). Изменения этих параметров в динамике оценивались как иТШХ2 (иТШХ2=ТШХ2-ТШХ1), иТШХ3 (иТШХ3=ТШХ3-ТШХ2) и сопоставлялись в двух группах. В конце госпитализации в тех приложениях, где это было возможно, также оценивалось среднее количество шагов, проходимых пациентом в течение суток (m_steps_d). Целью работы явилась оценка влияния использования трекеров движения на прирост расстояния, проходимого пациентами в ходе выполнения теста шестиминутной ходьбы. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ SPSS. Количественные данные в группах сравнивали с помощью ANOVA по Краскелу-Уоллису. Для оценки корреляции использовали коэффициент Спирмена. Уровень статистической значимости всех тестов был принят за 0,05.

Результаты: Обследованные группы (опытная и контрольная) достоверно не различались по полу, возрасту, проценту курящих, индексу массы тела, наличию сахарного диабета и заболеваний опорно-двигательного аппарата (в первую очередь, деформирующего остеоартроза суставов нижних конечностей). В ходе проведенного исследования было показано, что группа пациентов, использовавших приложения для отслеживания уровня своей физической активности, достигла более выраженного прироста расстояния, проходимого в процессе выполнения второго (иТШХ2; $F=123,122$; $p<0,001$) и третьего теста шестиминутной ходьбы (иТШХ3; $F=215,800$; $p<0,001$). Кроме того, выявлена прямая корреляционная связь улучшения результата теста от роста отслеживаемых показателей, в частности – среднего количества шагов, проходимых пациентом в течение суток (для иТШХ2 $R=0,471$, $p<0,01$; для иТШХ3 $R=0,461$, $p<0,01$).

Выводы: использование трекеров движения *per se* может улучшить результаты физической реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда и последующее хирургическое вмешательство на сердце. Вероятным механизмом является, по-видимому, повышение мотивации к выполнению рекомендуемого объема физической нагрузки, а также возможность визуализации полученного результата, позитивные показатели которого являются дополнительным мотивирующим аргументом

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Прекина В.И., Чернова И.Ю., Есина М.В., Ефремова О.Н.
ФГБОУ ВО НИ МГУ им. Н.П.Огарева, Саранск, Россия

Цель работы. Изучить желудочковые аритмии и вариабельность ритма сердца (BPC) у больных в остром периоде ишемического инсульта в динамике.

Материал и методы. В исследование включено 108 больных инсультом (мужчин – 55, женщин – 53), (средний возраст $61,6\pm 1,1$ года). Холтеровское мониторирование проводилось системой «МИОКАРД-ХОЛТЕР» на 2-е сутки инсульта и через 10 дней. Градации экстрасистол (ЭС) определяли по классификации P. Lown и M. Wolf. Вариабельность ритма сердца (BPC) оценивали по временным показателям и интегральному заключению методом «анализа коротких участков».

Результаты. Желудочковые ЭС регистрировались в 81,48% случаев, в том числе в 61% - высоких градаций. Распространенность аритмий увеличивалась с увеличением тяжести инсульта. Смешанный циркадный тип ЭС был у 51% больных, дневной - у 40%. Среднесуточное количество ЭС составило $435,52\pm 180,33$; максимально в час - $43,57\pm 16,48$; число морфологий - $1,77\pm 0,13$; парных - $4,48\pm 2,87$; количество групповых ЭС - $0,21\pm 0,11$; ранних - $28,55\pm 13,59$. Количество ЭС коррелировало с тяжестью инсульта ($r=0,251$; $P<0,01$). В динамике снизилось среднесуточное количество ЭС на 35,02% ($P=0,077$), в период бодрствования – на 40,82% ($P=0,029$), максимальное количество в час - на 33,69% ($P=0,02$), парных – на 44,67% ($P=0,01$), ранних – на 59,52% ($P=0,039$). Циркадный профиль

незначительно улучшился: количество больных с дневным профилем увеличилось на 10,85% ($P < 0,2$).

ВРС была снижена в 65% случаев: умеренно - в 23%, резко - в 43%. Тяжесть снижения ВРС коррелировала положительно с тяжестью инсульта ($r = 0,189$; $P < 0,05$), возрастом ($r = 0,285$; $P < 0,005$). SDNN отрицательно коррелировал с тяжестью инсульта ($r = - 0,203$; $P < 0,05$), SDNNi отрицательно коррелировал с возрастом ($r = - 0,231$; $P < 0,02$). Взаимосвязи тяжести снижения ВРС и количества желудочковых ЭС не выявлено. Через 10 дней лечения тяжесть снижения ВРС увеличилась, как по данным временных показателей, так и по интегральному заключению. Уменьшились SDNNi на 10% ($P = 0,001$), rMSSD и pNN50 на 11 и 21% ($P = 0,02$ и $P = 0,07$) соответственно. Количество больных с нормальной ВРС уменьшилось на 16% ($P < 0,02$), а с умеренно и резко сниженной увеличилось на 11 и 5% соответственно.

Выводы. В острейшем периоде ишемического инсульта повышается электрическая нестабильность миокарда, проявляющаяся увеличением желудочковых ЭС высоких градаций и снижением ВРС. Количество ЭС и степень снижения ВРС коррелировало с тяжестью инсульта. Связи количества ЭС и степени снижения ВРС не выявлено. Через 10 дней лечения количество ЭС высоких градаций уменьшилось, а степень снижения ВРС увеличилась.

ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ВЗРОСЛЫХ

Прутулина Ю.Г., Саломахин Г.Г., Прокопенко С.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н.Бурденко», Воронеж, Россия

Введение. Этеровирусная инфекция - большая группа антропонозных инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, вызываемых этеровирусами групп Коксаки и ЕСНО, которые характеризуются полиморфизмом клинической картины с поражением различных органов. В последние годы наметилась тенденция активизации этеровирусной инфекции (ЭВИ) в мире, о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных странах мира, и, в частности в России, подъемы и вспышки заболеваемости. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы при этеровирусной инфекции имеют многоплановый и многофакторный характер. По литературным данным, частота этеровирусного миокардита среди всех неревматических заболеваний сердца колеблется от 3 до 39% за счет прямого поражения этеровирусом кардиомиоцитов, гладкомышечных клеток и эндотелиоцитов сосудов. Доказана положительная связь этой инфекции с атеросклерозом и дилатационной кардиомиопатией.

Цель. Изучение признаков кардиальной патологии у больных с этеровирусной инфекцией с менингеальным синдромом и без него в 2014-2016 гг.

Методы исследования. В ходе работы нами были проанализированы 113 историй болезни 2-х групп больных с диагнозом «Этеровирусная инфекция» за 2014-2016 годы, находившиеся на лечении в БУЗ ВО ВОКИБ г. Воронежа. В первую группу вошли пациенты с менингеальной формой заболевания, во вторую - с hand-foot-mouth-disease-синдромом (HFMD синдромом). Ни в одном случае не было клинических признаков миокардита. Во всех случаях диагноз был подтвержден при помощи положительной реакции ПЦР ликвора (для менингита) и ИФА (для HFMD синдрома). Средний возраст заболевших в обеих группах составлял $32,6 \pm 14,3$ года.

Результаты. В ходе работы было установлено, что среди пациентов с этеровирусной инфекцией, заболевших в 2016 году, частота встречаемости серозного менингита составляла 35,4%. В то время как в 2015 и 2014 этот показатель составлял 25,2% и 17,6% соответственно, что говорит о постепенном утяжелении заболевания. Примечательно, что растёт и число HFMD синдрома этеровирусной инфекции. Если в 2014 году в БУЗ ВОКИБ было выявлено лишь 14 случаев HFMD-синдрома, то в 2015 и 2016 годах этот показатель составлял 22 и 38 заболевших соответственно. Признаки поражения миокарда по данным ЭКГ выявлялись у 24,2% пациентов с

менингеальным синдромом, в то время, как во второй группе этот показатель составлял лишь 12,5% в виде полной или не полной блокады правой ножки пучка Гисса, регистрируемой только при помощи ЭКГ и не имеющей клинических проявлений. Эти изменения, вероятно, являлись проявлением интоксикационного синдрома.

Выводы. В некоторых случаях ЭВИ протекает с кардиальной патологией (преимущественно с нарушениями проводящей системы миокарда, такими как блокада правой ножки пучка Гисса), чаще это наблюдается у больных с менингеальной формой инфекции, являясь по-видимому одним из проявлений синдрома интоксикации, что говорит о необходимости более широкого ЭКГ-контроля у больных с любой формой энтеровирусной инфекции и дальнейшего наблюдения кардиологом в стадии реконвалесценции.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Радаева И.Ю., Малинова Л.И., Фурман Н.В., Долотовская П.В., Клочков В.А.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Доказана высокая значимость модификации образа жизни как для первичной, так и для вторичной профилактики сердечно-сосудистой патологии. Однако, и модификация образа жизни, и высокая приверженность пациента проводимому лечению являются результатом формирования прочной мотивации, признания реальной опасности своему здоровью, а также высокой значимости здоровья в системе ценностей индивидуума. В связи с этим особое внимание привлекают не только эпидемиологические исследования «кардиальных» факторов риска, но и изучение информированности личности о состоянии своего здоровья.

Цель исследования: изучить информированность о факторах сердечно-сосудистого риска трудоспособного населения крупного промышленного центра.

Материалы и методы. Дизайн исследования: сплошное поперечное. Субъект исследования: работники 2 средних предприятий производственно-коммерческой направленности городской агломерации Саратов–Энгельс, не имеющих профессиональной вредности. В исследование вошел 561 доброволец, (из них 26,35% мужчин и 73,65% женщин) в возрастном диапазоне 21-75 лет, из них работающих пенсионеров-мужчин было 7,12%, женщин - 8,81%. Применялась анкета, разработанная на основе основного и расширенного модулей инструмента STEPS ВОЗ (v 3.0).

Результаты. Все респонденты, и мужчины, и женщины, достаточно единодушно высказались о наибольшем вреде для здоровья следующих факторов: чрезмерное употребление алкоголя, курение, стресс, избыточная масса тела (ожирение). Выявлены гендерные различия представления о значимости предложенных для оценки респондентов факторов риска. Женщины более единодушно высказывались о вреде чрезмерного употребления алкоголя: 84% vs 69%. Вторым по значимости для обследуемых женского пола стал стресс, тогда как для респондентов-мужчин – курение. Для лиц мужского пола более характерным было занижение значимости изучаемых факторов риска по сравнению с женщинами. За нанесение повышенным артериальным давлением минимального вреда здоровью высказались 8% мужчин и только 3% женщин.

Заключение. Можно считать, что трудоспособное население агломерации Саратов–Энгельс достаточно информировано о факторах риска заболеваний сердечно-сосудистой системы. Выявлены гендерные различия восприятия факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы, проявившиеся в тенденции к занижению их значимости для здоровья мужчинами, по сравнению с женщинами, особенно преуменьшение ими вреда чрезмерного употребления алкоголя, а так же большей значимости для женщин, по сравнению с мужчинами, стресса. Настораживающей находкой можно считать то, что 3% женщин и 8% мужчин считают повышенный уровень артериального давления минимально неблагоприятным для здоровья фактором.

АКТУАЛЬНОСТЬ «ШКОЛ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»

Радзевич Т.А., Кузнецова О.Е., Екимова Н.А., Тарасов Д.Г.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань), Астрахань, Россия

В настоящее время, когда большая часть населения живет и работает в интенсивном режиме, особое значение приобретают сердечно - сосудистые заболевания, которые непосредственно влияют на демографическую ситуацию и трудоспособность населения. Модель оказания сестринской помощи в Центре сердечно – сосудистой хирургии (г. Астрахань) была реализована с помощью партнерства и командной формы работы специалистов, осуществляющих лечение и реабилитацию пациентов. Что доказано практикой, научными исследованиями и самой жизнью, приводящее к улучшению прогноза течения заболевания, улучшению и продлению трудоспособной жизни пациентов.

Цель: Задачей является формирование понимания пациентом значимости своего участия в лечении и дальнейшей реабилитации.

Методы исследования: В связи с этим, в 2009 году рабочей группой медицинских сестер консультативно-диагностического отделения и кардиохирургических отделений, были организованы в соответствии с приказом №172 от 31.12.2009г / «Об организации Школ здоровья в ФГУ «ФЦССХ Росздрава (г. Астрахань)» пять Школ по обучению пациентов: «Жизнь с варфарином», «Сахарный диабет», «Атерошка для пациентов с имплантированными стентами», «Жизнь после АКШ для пациентов, перенёсших АКШ», «ХОБЛ» для курящих пациентов и имеющих в анамнезе заболевание ХОБЛ», « Школа правильного питания». Медицинская сестра, которая проводит обучение, учитывает: возраст пациента, его желания, возможности, состояние. Главная цель организации школы здоровья: самообразование пациента, разъяснение пациенту сути и причины болезни, актуальность и пропаганда здорового образа жизни, внесение изменений в структуре питания, физической активности, сохранение положительного результата после лечения, приверженность к медикаментозной терапии, отказ от вредных привычек - в частности от курения, ранняя профилактика сердечно – сосудистых заболеваний и атеросклероза.

Результаты: За 8 лет проведено 935 лекций. Охвачено 12 455 пациентов. В целом отмечали улучшение после операции и считали проведение занятий полезными - 11072 (88,9 %) пациентов, не отметили каких-либо изменений в связи с посещением занятий - 809 (6,5%) пациентов.

Выводы: Таким образом, организация и проведение «Школы обучения пациентов» позволило, в большинстве случаев, изменить установки пациентов по отношению к своему здоровью, научить их грамотно и четко понимать важность своего заболевания и дальнейшего «поведения» после операции. Это доказывает прямое влияние обучения на продолжительность и значительное улучшение качества жизни прооперированных пациентов.

МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДРИМЕТРИЯ

Радынова С.Б., Плотникова Н.А., Довранова Д.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», медицинский институт, Саранск, Россия

Менопаузальный метаболический синдром в настоящее время является важной медико-социальной проблемой. Это обусловлено широким распространением данного синдрома среди женщин в постменопаузе и негативным его влиянием на развитие патологии

сердечно-сосудистой системы, нарушений углеводного обмена. Это приводит к снижению трудоспособности и сокращению продолжительности жизни.

Этиология менопаузального метаболического синдрома считается неизвестной, но значение имеют следующие факторы: дефицит эстрогенов и прогестерона, повышение тонуса симпатической нервной системы, гиперандрогения, инсулинорезистентность, дефицит инсулиноподобного факторы роста, С-реактивный белок, интерлейкины-6,10, фактор некроза опухоли- α . Вышеуказанные изменения приводят к развитию абдоминального ожирения, которое является основным симптомом метаболического синдрома. В постменопаузе в 2-4 раза увеличивается образование эстрогенов в жировой ткани. Повышенный пул андрогенов в жировом депо ароматизируется в эстрогены. Возникающая гиперэстрогения, при отсутствии антипролиферативного действия прогестерона, приводит к гиперпластическим процессам в эндометрии. Особенностью данной патологии в постменопаузе является ее бессимптомное течение. Длительное и бессимптомное существование пролиферации эндометрия способно прогрессировать в атипический вариант, а в 20-25% случаев в аденокарциному.

Поскольку клиническая картина в большинстве случаев отсутствует, женщинам в постменопаузе необходимо проводить скрининговое УЗИ половых органов с целью выявления гиперпластических процессов эндометрия. Диагностическими эхо-графическими критериями данной патологии будут являться: параметр М-эхо ≥ 5 мм, нечеткие и неровные границы эндометрия, а так же неоднородная эхогенность его структуры. При диагностике указанных отклонений пациенткам необходимо рекомендовать отдельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

При наличии гиперпластического процесса в постменопаузе гормональная терапия не целесообразна. Поэтому хирургический метод лечения является основным. Учитывая вышесказанное необходимо профилактировать данную патологию у женщин в постменопаузе. Профилактические действия должны быть направлены на лечение менопаузального метаболического синдрома. Пациенткам необходимо рекомендовать нормализацию массы тела путем редуциционной диеты или применения лекарственных препаратов, снижающих массу тела, умеренную физическую нагрузку (скандинавская ходьба, плавание), массаж, гирудотерапию. Медикаментозная терапия, при необходимости, должна включать антигипертензивные средства (ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов), инсулиносенситайзеры, гиполипидемические препараты.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ПРЕПАРАТАМИ ПРОИЗВОДНЫМИ 3-ОКСИПИРИДИНА И 6-АМИНОБЕНЗОТИАЗОЛА

Ретина Е.А., Инчина В.И., Коробков Д.М.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П.

Огарева, Саранск, Россия

Комплексная терапия сахарного диабета не обходится без использования препаратов, воздействующих на патогенетические звенья развития и прогрессирования диабетических осложнений. Учитывая важную роль активации процессов свободнорадикального окисления в генезе сахарного диабета и его сосудистых осложнений, перспективным могут явиться

препараты антиоксидантного типа действия, так как данные препараты обладают консолидированным комплексом эффектов. Поэтому поиск потенциальных противодиабетических препаратов с комбинированным действием среди производных 3-оксипиридина является достаточно обоснованным и целесообразным.

Цель. Изучить влияние производных 3 - оксипиридина и 6 - аминобензотиазола на некоторые метаболические показатели в условиях сочетанных нарушений липидного и углеводного обмена.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на 50 белых нелинейных крысах обоего пола массой 210±20 г. Диабет моделировался путем в/б введения аллоксана в дозе 135 мг/кг. Животным одновременно со статинами в/м вводили мексидол в дозе 50 мг/кг и производными аминобензотиазола под лабораторным шифром ЭАБТИ в дозе 50 мг/кг. Животных забивали на 29-й день с начала эксперимента под эфирным наркозом. В сыворотке крови исследовались показатели липидного спектра.

Результаты и обсуждения. Комбинированная терапия симвастатином в дозе 1мг/кг ЭАБТИ в дозе 50 мг/кг в большей степени корригировало гликемию у экспериментальных животных. Использование в качестве препарата коррекции ЭАБТИ в дозе 50мг/кг, позволило снизить уровень ОХ до 0,92±0,15 ммоль/л, уровень β-ЛП, ТГ в группе коррекции симвастатином и мексидолом снижался на 17% и 12% в сравнении с контрольным уровнем соответственно. Введение одновременно с симвастатином ЭАБТИ в дозе 50мг/кг способствовало снижению данных показателей на, относительно значений контроля, на 38% и 208% соответственно. Симвастатин в сочетании с мексидолом способствовал росту ХС ЛПВП на 41% от контрольного уровня. Введение в качестве препарата коррекции одновременно с симвастатином ЭАБТИ в дозе 50мг/кг позволило на 86% повысить значения ХС ЛПВП и достичь значений интактных животных.

Таким образом, введение одновременно с симвастатином антиоксидантов, способствует коррекции обменных нарушений. Применение ЭАБТИ в условиях моделируемой патологии способствовало достоверному восстановлению уровня гликемии и показателей липидной триады до интактных значений. Полученные результаты являются экспериментальным основанием целесообразности дальнейших исследований производных ЭАБТИ в условиях моделируемого СД.

ЧАСТОТА АРИТМИЙ У ТРУДОСПОСОБНЫХ ЛИЦ С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Романова Н. А., Липатова Т. Е.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия

Цель. Выявление частоты аритмий среди лиц трудоспособного возраста с вегетососудистой дистонией (ВСД) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Обследовано 76 лиц трудоспособного возраста (женщин – 10), из них 14 чел. с ВСД – I группа (гр.), 62 – с АГ II стадии (ст.) – II гр. Проводились рутинные методы исследования, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, велоэргометрия (ВЭМ), доплерэхокардиография.

Полученные результаты. В I гр. у 12 чел. (85,7%) по данным ХМ ЭКГ обнаружены: одиночные желудочковые экстрасистолы – у 5 чел. (35,7%), одиночные суправентрикулярные экстрасистолы – у 5 чел. (35,7%), эпизоды синусовой брадикардии – у 3 чел. (21,4%), эпизоды синусовой аритмии – у 3 чел. (21,4%), миграция водителя ритма по предсердиям – у 5 чел. (35,7%), переходящая атриовентрикулярная блокада II степени, тип I – у 1 чел. (7,1%). У 3 чел. (21,4%) I гр. выявлены: узловая экстрасистолия (в патологическом количестве), частая суправентрикулярная экстрасистолия, эпизод суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии. У 7 пациентов I гр. установлено сочетание аритмий. Во II гр. у

44 чел. (71,0%) по данным ХМ ЭКГ и результатам ВЭМ обнаружены: одиночные желудочковые экстрасистолы – у 30 чел. (48,4%); одиночные суправентрикулярные экстрасистолы – у 32 чел. (51,6%); миграция водителя ритма по предсердиям – у 4 чел. (6,5%), из них у 2 – в сочетании с атриовентрикулярной блокадой I степени; эпизоды синусовой аритмии – у 3 чел. (4,8%). У 27 пациентов (43,5%) II гр. установлено сочетание аритмий. У 7 (11,3%) обследованных установлены следующие сочетания: у 1 пациента на фоне редких одиночных политопных желудочковых экстрасистол зарегистрирован эпизод бигеминии и эпизод эктопического суправентрикулярного ритма; у 1 чел. на фоне частых одиночных политопных желудочковых экстрасистол – 21 эпизод бигеминии; у 1 – одиночные узловые экстрасистолы в патологическом количестве; у 1 – преходящий синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта при ХМ; у 1 – одиночные суправентрикулярные экстрасистолы, стволые экстрасистолы, желудочковые экстрасистолы в сочетании с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией; у 1 – одиночные суправентрикулярные экстрасистолы, синусовая аритмия, миграция водителя ритма по предсердиям при ХМ и частые желудочковые экстрасистолы по результатам ВЭМ; у 1 – единичные желудочковые экстрасистолы, редкие суправентрикулярные экстрасистолы при ХМ и короткий эпизод частой желудочковой экстрасистолии (10 эпизодов) по результатам ВЭМ.

Выводы. У больных ВСД и АГ при ХМ ЭКГ и ВЭМ выявляются различные нарушения ритма и проводимости, которые не фиксируются при ЭКГ исследовании, в связи с чем, пациентам с ВСД и АГ показано проведение ХМ и ВЭМ, поскольку по результатам нашего наблюдения у больных ВСД в 21,4%, а у пациентов с АГ в 11,3% случаях эти нарушения ритма требуют тщательного наблюдения и соответствующей терапии.

ИЗУЧЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рыбакова Т.А., Столярова В.В.

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

Цель: Изучить наличие побочных эффектов на протяжении 3 лет у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФФП) на фоне приема профилактической антиаритмической терапии (ААТ).

Методы исследования: В исследовании приняли участие 200 больных с ПФФП, получающих профилактическую моно- и комбинированную ААТ. Больные находились на лечении в отделении нарушения ритма и проводимости ГБУЗ РМ РКБ №4. На протяжении 3 лет проводился мониторинг больных, включающий в себя: сбор жалоб, анамнеза, регистрация ЭКГ с целью выявления побочных эффектов. Временные промежутки составили: 2 нед., 3 мес., 6 мес., 1 год, 3 года. Согласно получающей ААТ, больные были поделены на 12 групп: больные, получающие метопролол «Мет.» (n=44), аллапинин «Алл.» (n=13), комбинацию аллапинин+метопролол «Алл.+Мет.» (n=22), аллапинин+дилтиазем «Алл.+Дилт.» (n=4), аллапинин+сотагексал «Алл.+Сот.» (n=9), этацизин+метопролол «Этац.+Мет.» (n=16), пропанорм+метопролол «Проп.+Мет.» (n=11), кордарон «Корд.» (n=16), кордарон+метопролол «Корд.+Мет.» (n=30), сотагексал «Сот.» (n=14), сотагексал+метопролол «Сот.+Мет.» (n=11), дигоксин+метопролол «Диг.+Мет.» (n=10).

Результаты: У больных, получающих аллапинин (n=48) в моно- или комбинированной терапии («Алл.», «Алл.+Мет.», «Алл.+Сот.», «Алл.+Дилт.») было выявлено: тахикардия – 2,1% (n=1) через 3 мес. от начала приема, диплопия – 2,1% (n=1) через 6 мес.; головная боль – 2,1% (n=1) через 1 год. Во всех случаях возникновения побочных эффектов препарат был отменен.

У больных, получающих метопролол (n=144) в моно- или комбинированной терапии («Мет.», «Алл.+Мет.», «Этац.+Мет.», «Проп.+Мет.», «Корд.+Мет.», «Сот.+Мет.»),

«Диг.+Мет.» выявлено: через 2 нед. у 0,7% (n=1) была выявлена брадикардия. У 2,1% (n=3) была диагностирована бронхообструкция, проявившаяся в период от 2-х нед. до 6 мес.

У больных, получающих сотагексал (n=34) в моно- или комбинированной терапии («Сот.», «Алл.+Сот.», «Сот.+Мет.») в 2,9% (n=1) случаев была зарегистрирована наджелудочковая тахикардия.

В группах, получающих кордарон «Корд» и «Корд.+Мет.» за период от 6 мес. до 3 лет у 24% больных была выявлена гормональная дисфункция щитовидной железы.

Выводы: У больных, получающих кордарон в виде моно- и комбинированной ААТ более 6 мес, в 24% случаев развивается гормональная дисфункция щитовидной железы. У больных с ПФФП в других исследуемых группах на фоне профилактической ААТ побочные эффекты выявлялись преимущественно, в течение первых 6 мес и не превышали 2-3%.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕГО СКРИНИНГА ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Садыкова Д. И., Сабирова Д. Р., Бабинцева А. А., Кустова Н. В.

Казанская государственная медицинская академия – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО,
Казань, Россия

Несмотря на улучшение в последние десятилетия пренатальной ультразвуковой диагностики и возможностей клинического обследования новорождённых, даже в странах с развитым здравоохранением до 28% новорожденных выписываются из роддома с недиагностированными критическими ВПС. Учитывая большую распространенность ВПС, тяжесть их течения и неблагоприятный исход, необходимо совершенствовать методы ранней диагностики данной патологии.

Цель. Оценить значимость практического применения протокола пульсоксиметрии как метода неонатального скрининга на наличие критических ВПС и других жизнеугрожающих состояний, проводимого дважды: на 3-й час и 3-й день жизни новорожденных в республике Татарстан.

Методы исследования. За период, длительностью 17 месяцев, методом пульсоксиметрии было обследовано 14709 новорожденных. При положительном результате скрининга всем детям была проведена эхокардиография.

Результаты. Снижение сатурации менее 95% зарегистрировано у 185 новорожденных от всех исследованных. Для установления диагноза выполнена эхокардиография, по результатам которой диагностированы 26 случаев ВПС, 6 из них оказались критическими. По разработанному нами протоколу скрининга пульсоксиметрии, все положительные результаты, при исключении диагноза ВПС, не считаются ложноположительными. Поскольку при ложноположительном результате у ребенка определялась какая-либо патология, которая могла привести к жизнеугрожающему состоянию. Кроме ВПС, нам удалось диагностировать такую серьезную сердечно-легочную патологию, как персистирующая легочная гипертензия (ПЛГН) у 34 новорожденных. Также у 61 ребенка при дополнительном обследовании была выявлена внутриутробная пневмония. Все положительные результаты были зарегистрированы при проведении пульсоксиметрии на 3-й час жизни. Для оценки качества скрининга использовался ROC-анализ. Значение показателя площади под кривой AUC (Area Under Curve) составило 0,92. В результате данный скрининг для ВПС имеет чувствительность 80%, специфичность – 97,8%.

Выводы. Использование измененного протокола пульсоксиметрии в практике неонатолога позволило улучшить раннее выявление критических врожденных пороков сердца и персистирующей легочной гипертензии новорожденных в республике Татарстан. Более раннее проведение пульсоксиметрии (3-й час жизни) позволяет использовать скрининг не только для выявления ВПС. При помощи раннего неонатального скрининга возможна

диагностика персистирующей легочной гипертензии новорожденных, а также внутриуторбной пневмонии.

ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Самсонова Д.А., Неяскина О.А., Селезнева Н. М., Куняева Т.А.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония по-прежнему остается одной из ведущих патологий в группе болезней органов дыхания. В настоящее время прослеживается недооценка данных клинико-лабораторных исследований, предлагаются сложные методики прогноза, а нередко игнорируется и комплексный подход к обследованию пациентов.

Цель работы. Изучить факторы риска угрозы летального исхода при внебольничной пневмонии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара, умерших от пневмонии.

Результаты. В периоде с января по февраль 2016 года в отделении пульмонологии зарегистрировано 9 пациентов, умерших от внебольничной пневмонии, из них 3 мужчины (33%) и 6 женщин (67%) в возрасте от 34 до 88 лет. Все пациенты поступили в приемное отделение многопрофильного стационара в дежурный день, из них 5 пациентов (60%) были госпитализированы в отделение пульмонологии, 4 пациента (40%) - в отделение реанимации и интенсивной терапии. Пульсоксиметрия была проведена в условиях приемного покоя у 6 пациентов (66%). Тем не менее, данные литературы свидетельствуют о необходимости оценки сатурации кислородом уже в условиях приемного покоя у всех пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью пневмонии. Ни в одной анализируемой нами медицинской карте не было отмечена тяжесть пневмонии ни по одной известной шкале тяжести пневмонии ни в условиях приемного отделения, ни в отделении пульмонологии, ни в ОРИТ. Анализируя эмпирический режим антибактериальной терапии как на догоспитальном этапе, так и в стационаре, нами установлено, что неадекватные режимы начальной АБТ имели место в 44 % случаев. Структура прочей сопутствующей патологии, верифицированной патологоанатомическим вскрытием, выглядела в нашем исследовании следующим образом. Лидировали заболевания сердечно-сосудистой системы (превалировала ишемическая болезнь сердца - 55%), второе место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и цирроз печени 33%).

Заключение. Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Неблагоприятными факторами угрозы летального исхода ВП являются: поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания); недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре; сопутствующая соматическая патология и двусторонний характер пневмонии.

2. Актуальными ошибками начальной АБТ умерших пациентов явились нерациональность путей введения препаратов (49%), неадекватность режима монотерапии (27%), неадекватные суточные дозы (25%) и частота введения препаратов (9%).

3. Первичная недооценка тяжести госпитализированных пациентов определила неправильное формирование клинического диагноза без указания тяжести течения пневмонии (33%) и степени дыхательной недостаточности (37%).

4. Наиболее распространенной сопутствующей патологией умерших пациентов являлись кардиоваскулярная (55%) и желудочно-кишечная (33%).

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НИКОТИНАТА 2-ЭТИЛ-6-МЕТИЛ-3-ГИДРОКСИПИРИДИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Семенова Е.В., Инчина В.И., Ватина А.Б., Алимova Д.И., Есавкина А.В., Семенов А.В.
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Согласно данным ВОЗ заболеваемость сахарным диабетом неуклонно растет и по прогнозам к 2030 году диабет станет 7-й причиной смерти во всем мире. Несмотря на постоянно появляющиеся новые лекарственные препараты для лечения данного заболевания смертность и инвалидизация больных диабетом остается очень высокой. Это означает, что по-прежнему сохраняется потребность в разработке новых эффективных антидиабетических препаратов. При этом желательно, чтобы новые препараты не только обладали гипогликемическим действием, но и оказывали влияние на другие звенья патогенеза основных осложнений сахарного диабета, например, корректировали также оксидативный стресс и дислипидемию. С учетом вышеуказанного представляет большой интерес изучение нового вещества, в структуре которого содержатся 3-гидроксипиридиновый фрагмент и остаток никотиновой кислоты, что обеспечивает его антиоксидантным и гиполипидемическим потенциалом.

Целью данной работы было изучить сахароснижающий эффект никотината 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина на модели аллоксанового диабета у белых крыс.

Методы исследования. Данное исследование проведено на 38 белых беспородных крысах обоего пола, достигших половозрелости, массой 170-230 г. Животные содержались в стандартных условиях вивария на одинаковом рационе питания. Все манипуляции с животными осуществлялись с соблюдением «Правил проведения экспериментальных исследований на лабораторных животных». Экспериментальный диабет моделировали путем однократного внутривентрикулярного введения аллоксана в дозе 135 мг/кг. В результате был смоделирован тяжелый сахарный диабет, и летальность по итогам моделирования составила 40%. Через 2 недели животных разделили на группы. 1-ю группу составили интактные крысы без диабета, 2-я – контрольная группа, крысы с диабетом, которым ежедневно в течение 14 дней вводили 0,9% раствор NaCl внутримышечно в объеме 0,1 мл, 3-я группа – опытная, крысы с диабетом, получавшие исследуемое вещество в дозе, равной 5% от ЛД50. В сыворотке крови определяли уровень глюкозы, а также учитывали показатель летальности.

Результаты. В результате введения аллоксана отмечалось развитие достоверной гипергликемии, средний уровень глюкозы в контрольной группе составил $16,42 \pm 2,19$ ммоль/л в сравнении с $4,73 \pm 0,42$ – в группе интактных животных ($p < 0,001$ для сравнения с интактной группой). Летальность в группах значительно отличалась: в контрольной группе она составила 38%, а в группе, получавшей исследуемое вещество, как и среди интактных животных – 0%. На фоне введения исследуемого вещества отмечалось достоверное по сравнению с контролем снижение гликемии (средний уровень глюкозы в данной группе составил $10,36 \pm 1,31$ ммоль/л) ($p < 0,05$ для сравнения с контрольной группой).

Выводы: По результатам исследования у никотината 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина было выявлено гипогликемическое действие на модели аллоксанового диабета у белых крыс.

КАРДИОПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПРОИЗВОДНЫХ 3-ГИДРОКСИПИРИДИНА И ПИРИМИДИНА ПРИ АНТРАЦИКЛИН-ТАКСАНСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Сипров А.В., Костина Ю.А., Вашуркина И.М., Волкова Н.Д., Кузнецова В.А.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: изучить эффективность комбинации производных 3-гидроксипиридина и пиримидина – мексидола и ксимедона в сравнении с кардиоксаном в снижении кардиотоксичности сочетанной химиотерапии доксорубицином и паклитакселом у крыс с карциномой Walker-256.

Методы исследования: эксперимент выполнен на 40 крысах-самках Wistar. Взвесь клеток карциномы Walker-256 вводили под кожу хвоста (10^6 клеток в растворе Хенкса). В контроле № 1 животные не подвергались лечению, в контроле № 2 – получали химиотерапию доксорубицином (4 мг/кг) и паклитакселом (6 мг/кг) внутривентриально на 11-е сутки после имплантации опухолевых клеток. В 3-ей и 4-ой группах животные получали химиотерапию в сочетании с кардиоксаном (80 мг/кг в/бр) и комбинацией ксимедона (100 мг/кг) с мексидолом (50 мг/кг) в/м, начиная с 11-х суток эксперимента, 10 дней. Отдельная группа – интактные крысы. Исследования проводили на 22-е сутки эксперимента: у крыс после введения тиопентала натрия (50 мг/кг) регистрировали ЭКГ в 3-х стандартных отведениях в течение 3-х минут при помощи комплекса Biopac Systems MP 150 (Biopac System Inc., США). Оценивали дисперсию интервала QT (QTd), дисперсию интервала QT, скорректированную по частоте сердечных сокращений (QTdc), положение сегмента ST. В гомогенатах сердца спектрофотометрически определяли продукты ПОЛ (малоновый диальдегида (МДА), основания Шиффа (ОШ), активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, глутатионредуктазы (ГР), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), содержание общих, небелковых и белковых SH-групп, восстановленного глутатиона (ВГ). Результаты обрабатывали с использованием U-критерия Манна-Уитни и χ^2 .

Результаты исследования: в контроле № 2 у крыс отмечали увеличение QTd и QTdc в 1,9 раза, подъем ST-сегмента у 50% животных, рост концентрации МДА в сердце в 2 раза и ОШ на 33% на фоне дисбаланса в активности антиоксидантных ферментов, снижение общих SH-групп за счет белковых и небелковых фракций в 1,4 раза, а также показателей ВГ (на 23%), ГР (на 27%) и Г-6-ФДГ (на 35%). Комбинация мексидола и ксимедона сопоставимо с кардиоксаном ограничивает развитие электрической нестабильности миокарда в виде снижения QTd и QTdc (в среднем на 30%), но эффективнее препятствует развитию метаболических нарушений в сердце (депрессию сегмента ST отмечали у 14% крыс против 50% в группе с кардиоксаном). Комбинация мексидола и ксимедона эффективнее кардиоксана препятствует падению уровня ВГ (в среднем на 23%) и тормозит липопероксидацию в сердце (уровень МДА снижался на 23% относительно контроля № 2), а также эффективнее кардиоксана увеличивает защитный потенциал неферментного (тиолового) антиоксидантного звена в миокарде (уровень общих и белковых SH-групп превышал таковой в группе с кардиоксаном на 41% и 16% соответственно, а небелковых – в 2,5 раза).

Выводы: показано превосходство комбинации мексидола и ксимедона перед кардиоксаном в снижении кардиотоксичности химиотерапии доксорубицином и паклитакселом в эксперименте.

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скоробогатова Л.Н., Горшенина Е.И., Куркина Н.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Анализ лечения стабильной стенокардии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Проанализировано 30 историй болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения II – III функционального класса), находившихся на лечении в эндокринологическом отделении

РГБУЗ РМ РКБ №4. Среди обследованных было 9 женщин и 21 мужчина. Возраст больных от 47 до 83 лет. У всех пациентов был сахарный диабет 2 типа, причем у 15 – инсулинпотребная форма, 15 человек находились на пероральной сахароснижающей терапии. Средняя длительность сахарного диабета со времени постановки диагноза составила $11,88 \pm 1,82$ года. У пациентов оценивались показатели крови (содержание общего холестерина, гликемии натощак), а также показатели систолического и диастолического артериального давления. Была проанализирована фармакотерапия стабильной стенокардии.

Результаты. При поступлении у 24 человек (80%) был повышен показатель глюкозы натощак. У 27 человек отмечалось повышение уровня общего холестерина (90%). Исходный повышенный уровень артериального давления был у 26 больных (86,7%). Медикаментозная терапия ИБС при сахарном диабете включает два направления – коррекцию факторов риска (гипергликемии и инсулинорезистентности, гипертензии, дислипидемии) и непосредственное лечение ИБС.

При выписке достичь целевых уровней глюкозы удалось у 10 пациентов (33,3%). После проведенного лечения нормализация артериального давления наблюдалась у 9 пациентов (30%). При анализе назначений лекарственных средств для лечения стабильной стенокардии было выявлено, что бета-адреноблокаторы получали 24 человека (80%), ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину II также получали 24 человека (80%). Дезагреганты были назначены 23 пациентам (76,7%), гиполипидемические препараты (статины) – 9 пациентам (30%), блокаторы кальциевых каналов – 5 больным (26,9%), пролонгированные нитраты также получали 5 человек (16,7%).

Заключение. Таким образом, адекватная терапия ишемической болезни сердца невозможна без коррекции факторов риска. Было установлено, что назначаемое медикаментозное лечение не позволило некоторым пациентам достичь целевых цифр артериального давления и гликемии натощак. Не все пациенты получали необходимые препараты для лечения ИБС в сочетании с сахарным диабетом (ингибиторы АПФ, дезагреганты, β -блокаторы и статины).

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Софронова Н.В., Немиров В.В., Логинова О.А., Бурденева Н.Е., Уранова Е.В.

Городская клиническая больница №5, Нижегородский областной ЦПК специалистов здравоохранения, Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель: показать роль медицинских сестер в профилактике и лечении гнойно-воспалительных осложнений после имплантации электрокардиостимулятора.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ОХЛСНР и ЭКС ГУБЗ НО «Городская клиническая больница №5» Нижнего Новгорода. В период 2014-2016 годов в отделении находилось на лечении 2590 пациентов с аритмиями, из них у 67 в отдаленные сроки после имплантации ЭКС выявлены признаки воспаления в области ложа ЭКС и/или инфицирования стимулирующей системы. Первичная имплантация ЭКС выполнена в 1000 случаях, смена ложа ЭКС, стимулятора или всей стимулирующей системы – в 580. Средний возраст составил $64,81 \pm 19,07$ лет; у большинства пациентов имелось 2, у 45,7% – 3 и более сопутствующих заболеваний. В ходе первичного сестринского обследования при поступлении пациента выявлялись факторы риска развития гнойно-воспалительных осложнений и их прогрессирования, в том числе декомпенсации СД, гипотиреоза. При этом основное внимание уделялось оценке физикальных параметров состояния пациента, его жалоб и адекватности выполнения врачебных рекомендаций, в том числе – диеты и физической активности. Далее разрабатывался и реализовался индивидуализированный план

сестринских вмешательств, к которым относились: контроль температуры, ЧСС, состояния раневой повязки, отделяемого из раны и окружающих тканей. Мед.сестры осуществляли активный контроль признаков формирования гематомы ложа ЭКС с немедленным информированием врача об их наличии. А также любых признаках послеоперационных осложнений, включая появление и прогрессирование СН, ДН и ПОН. Вместе с тем, акцентировали внимание на грамотном заборе и доставке крови для лабораторных исследований, а также материала для микробиологического исследования, своевременном введении антибиотиков, выполняемом после забора венозной крови для посева на рост микрофлоры и ее чувствительность к АП-препаратам при подозрении на сепсис, контроле проходимости промывных систем и отделяемого из них.

Результаты. В госпитальные сроки и раннем послеоперационном периоде диагностированы 134 гематомы ложа ЭКС, ликвидированные при 1- или 2-кратной пункции, гнойно-воспалительных осложнений не выявлено. В 17 случаях отмечены признаки декомпенсации СД, своевременно пролеченные. У 59 пациентов воспалительные явления купированы, раны санированы, 8 больных с исходным электродным сепсисом направлены в специализированный стационар для операции в условиях ИК связи с деструкцией ТК.

Выводы. Динамическое наблюдение за больным и контроль за состоянием п/о ран и появлением признаков воспаления с четким исполнением врачебных и адекватным забором материалов на исследование позволяет предотвратить развитие и прогрессирование воспалительных осложнений.

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Степаншина Н.А., Лапшин А.С., Игнатьева О.И.

МГУ им. Н.П.Огарёва, Саранск, Россия

В последние десятилетия наблюдается тенденция к росту случаев болезни Паркинсона (БП). Медицинская и социальная значимость данного заболевания обусловлена широким спектром изменений в функциональном состоянии двигательной сферы и, как следствие, разнообразием клинической симптоматики, что требует комплексного обследования, длительного лечения и улучшения «качества жизни» пациентов. Важным моментом являются своевременная диагностика нарушений когнитивных функций на ранних стадиях, представляющие интерес в связи с возможностью выбора различных методов лечения.

Цель работы: диагностика когнитивных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона с различной продолжительностью заболевания.

Методы исследования: нами проведена оценка когнитивных функций (памяти и внимания) и уровня тревожности у больных с БП дважды: до начала терапии и после ее окончания. Использовали методику Мюнстерберга, тест рисования часов, методику «10 слов», шкалу Гамильтона. Исследуемую группу составили 30 больных, 15 женщин и 15 мужчин, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении одной из больниц г. Саранска. Возраст больных от 60 до 72 лет ($65,9 \pm 2,1$). Все больные получали комплексную терапию противопаркинсоническими препаратами (мадопар, мидантан, проноран). С целью коррекции когнитивных функций применялись нейропротекторы (глиатилин), сосудистые препараты (пентоксифиллин, винпоцетин), ноотропы (пирацетам, ноотропил), витамины группы В. В ходе исследования учитывались такие параметры как пол, возраст, уровень образования, длительность заболевания, сроки стационарного лечения пациентов. Контрольная группа была сопоставима по возрасту и полу.

Результаты методики «10 слов» показали снижение всех видов памяти; преобладающим типом памяти в исследуемой группе была слуховая, как и в контрольной. При оценке внимания с помощью методики Мюнстерберга выявлено характерное снижение всех параметров внимания, в большей степени концентрации и устойчивости; отмечена также повышенная отвлекаемость и низкая избирательность внимания, что не характерно для контрольной группы. По результатам исследования теста рисования часов у больных с БП наблюдались преддементные когнитивные нарушения и признаки деменции легкой степени. По шкале Гамильтона у всех больных установлена депрессия легкой или средней степени тяжести. По другим оцениваемым параметрам установлено, что когнитивные нарушения при БП не зависят от образовательного статуса пациентов и нарастают после 5 лет заболевания, больше у больных в возрастных категориях старше 50 лет. На фоне комплексного лечения больных с БП наблюдается достоверное улучшение слуховой и зрительной памяти, повышение концентрации и устойчивости внимания, незначительное снижение проявления тревоги.

Таким образом, при БП на фоне курса проводимой терапии отмечается улучшение незначительно сниженных когнитивных функций и уменьшение выраженности уровня тревожности.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Страхова Н.В., Волков А.В., Латыпова Э.З., Красноруцкая О.Н.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России, Воронеж, Россия

Целью исследования являлось оценить частоту встречаемости некоторых сердечно-сосудистых факторов риска с учетом клинико-эпидемиологических характеристик больных артериальной гипертонией в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Материалом для исследования являлось обследование 98 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте от 42 до 98 лет. Среди больных было 55 женщин (56,1%) и 43 мужчины (43,9%). Исследование проводилось на базе поликлиники ГУЗ «Грязинская МРБ». Для решения поставленных задач были использованы: учётная форма N 030/у «Паспорт врачебного участка», учётная форма N 131/у "Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)", учётная форма N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного». Всем пациентам было проведено измерение уровня артериального давления на приеме участкового врача терапевта, антропометрия с расчетом индекса массы тела, определение уровня глюкозы капиллярной крови с помощью глюкометра Акку-чек, опрос (учитывался статус курения и семейный анамнез ранней смертности от сердечно-сосудистой патологии).

Результаты. При анализе частоты встречаемости изученных факторов риска среди обследованных пациентов выявлено следующее распределение факторов риска и их сочетаний: 1) сочетание курения и отягощенного семейного анамнеза по ССЗ (38% обследованных); 2) курение (24%); 3) сочетание абдоминального ожирения (АО), отягощенного семейного анамнеза и гипергликемии натощак (10%); 4) семейного анамнеза по ССЗ (10%); 5) сочетание курения с АО (8%); 6) сочетание АО с гипергликемией натощак (6%); 7) АО (2%); 8) гипергликемия натощак (2%). Большинство больных (62%) оказались пациентами с множественными факторами риска, т.е. имели 2 и более фактора.

Курение оказалось одинаково часто распространено среди мужчин и женщин. АГ 2 и 3 степени страдали 79,5 % некурящих и 91,5 % курящих обследованных. ГБ III стадии среди

обследованных встречалась в два раза чаще у курящих по сравнению с некурящими. Среди курящих наследственная отягощенность встречалась в 1,6 раза чаще, чем среди курящих.

Выводы: 62% обследованных амбулаторных больных артериальной гипертонией являются пациентами с множественными факторами риска. Основными факторами риска у обследованных больных являлись курение, абдоминальное ожирение, повышенный уровень глюкозы капиллярной крови натощак, отягощенный семейный анамнез, а также сочетание этих факторов. Курящие больные гипертонической болезнью имели более тяжелое клиническое течение заболевания и низкий уровень контроля факторов риска (прежде всего артериального давления). Изучение частоты встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых факторов риска является важной задачей в амбулаторно-поликлинических условиях, т.к. определяет выбор тактики ведения больных гипертонической болезнью и антигипертензивной терапии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: РОЛЬ ВРАЧА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сундеев А.С., Страхова Н.В., Зуйкова А.А., Котова Ю.А.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Воронеж, Российская Федерация

Цель: определение задач врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения при ведении онкологических больных.

Источником информации об онкологических больных, состоящих на диспансерном учете в ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1», являлся журнал ведения онкологических больных. Взят временной промежуток взятия на учет с 2008 по 2016 год. Исходя из данных журнала за 2016 год, на учете состоит 75 больных с онкологическими заболеваниями. Из них 26 находятся на 22 втором участке, который взят за основу для опросного исследования по качеству жизни. Из них Мужчин:14, Женщин:12. Вычислена общая выявляемость по годам, а так же своевременность выявления по формуле $A = (\varepsilon(I+II)) / \varepsilon_{\text{общ}} \times 100\%$, где A-своевременность в %, $\sum(I+II)$ - число своевременно выявленных, $\sum_{\text{общ}}$ - число всех больных выявленных за год. Показатель выживаемости был рассчитан по методу Каплана-Мейера [1]. Для изучения качества жизни у данных больных использовался неспецифический опросник качества жизни SF-36. Статистическая обработка проводилась с помощью Microsoft Excel 2007.

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено, что средняя продолжительность жизни после выявления составила 1-3 года. Женщины с выявленными заболеваниями преобладают, однако и выживаемость у мужчин ниже. Среди общего количества онкологических заболеваний преобладают заболевания молочной железы, кожи, матки кишечника и простаты, однако, если брать за точку наблюдения заболевания не обладающих гендерной специфичностью наибольшую долю занимают кожные заболевания, заболевания кишечника, мочевого пузыря и почек. У женщин преобладают заболевания молочной железы, матки, кожи, яичника. Среди мужчин преобладают заболевания кожи, простаты, гортани.

Была определена прямая зависимость выживаемости от стадии процесса и своевременного выявления (выживаемость при стадиях I и II- 100%, III - 17%, IV- 0%).

Также была изучена выявляемость по стадиям онкологического процесса. Можно сделать вывод, что увеличилась своевременность выявления на ранних стадиях онкологического процесса (I-II), а число больных выявленных на поздних стадиях(III-IV) уменьшилось в 2014-2016 гг.

В ходе анализа качества жизни пациентов средние общие показатели качества жизни составили для I стадии 89,3, для II стадии 79,50, для III стадии 65,48, и для IV стадии 42,43.

Выводы. Исходя из всех изученных данных, было выявлено, что от ранней выявляемости напрямую зависит качество жизни больных и выживаемость. Было доказано, что основной ролью звена является выявление больных на ранней стадии.

К ВОПРОСУ О ФРАКТАЛЬНОЙ РАЗМЕРНОСТИ СКТЕРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Сытдыков И.Х., Антипов О.И., Поляков В.А., Кисляев А.С., Никольская Ю.В.

ФГОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

ФГОУ ВО «Поволжский государственный университет телекоммуникаций и информатики»,
Самара, Россия

ЧОУ ВО Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

ГБУ РМ СШОР «Академия Ирины Винер», Саранск, Россия

Совершенствование дифференциальной диагностики в кардиологии возможно с новыми подходами анализа и оценки результатов инструментальных исследований. Поклеточную фрактальную размерность скатерограмм (СКТГ) предлагается рассчитывать как размерность Минковского близкую к размерности Хаусдорфа.

Цель работы: разработать метод и алгоритм расчета фрактальной размерности скатерограмм у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с перенесенным инфарктом миокарда (ПИМ) и сравнить его диагностическую ценность при применении нейросетевой экспертной системы (НСЭС).

Материалы и методы. Исследования проводились в строгом соответствии с международными требованиями, законодательством, этическими принципами РФ с 2012 по 2017 год у двух групп пациентов: 1. - 46 человек в возрасте от 36 до 60 лет с ИБС, ПИМ и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II А стадии 2 функциональным классом по NYHA; 2. - 20 пациентов от 53 до 67 лет с ИБС, повторным инфарктом миокарда, ХСН II А стадии 2 функционального класса по NYHA. Анализировались жалобы, анамнез, проводилось физикальное обследование, исследование маркеров некроза миокарда (КФК МВ, миоглобин, тропонин Т и I), проводилась регистрация в течение 5-минут ЭКГ в 12 отведениях с последующим анализом продолжительности R-R и с построением ПСГ и СКТГ. Для СКТГ (5'записи) пациента любой группы по осям системы координат OXY откладывались длительности между ударами сердца в секундах. Данные нормировались таким образом, чтобы они вписались в единичный квадрат. Нормировка производилась, как $X_i^{tot} = X_i - X_{min} / X_{max} - X_{min}$. Площади покрытия состояли из квадратов: 44x44, 99x99, 181x181 и 330x330. На разных временных масштабах строилась зависимость количества клеток, содержащих точки СКТГ, от количества клеток по каждой из осей в двойном логарифмическом масштабе. Результат-выполненная зависимость в двойном логарифмическом масштабе относительно основания e . После анализа СКТГ выявлено, что с увеличением числа клеток по осям OXY имеется насыщение величины количества клеток покрытия. Все точки с максимальным насыщением исключали. Насыщение - наличие разрешения клеточного покрытия, при котором в каждый квадрат покрытия попадает только одна точка СКТГ. По оставшимся точкам строилась аппроксимирующая прямая по методу наименьших квадратов. Коэффициент наклона этой кривой, соответствующий фрактальной размерности СКТГ, позволяет дифференцировать эти группы пациентов с вероятностью 65 %, увеличивая точность с использованием НСЭС до 95%. Выводы: Разработанный метод расчета фрактальной размерности СКТГ в сочетании с клинической картиной позволяет провести дифференциальную диагностику у больных ИБС с перенесенным и ПИМ ХСН II А стадии 2 функционального класса по NYHA и оценить его диагностическую ценность при применении НСЭС

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ЭПИЛЕПСИЯ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Токарева Н.Г.

ФГБОУ ВО НИ «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
Саранск, Россия

Целью настоящей работы явилось исследование клинико-психосоматических взаимодействий при эпилепсии.

Методы исследования. Клинико-психопатологический метод, м. «Личностный профиль кризиса». Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0. Для описания результатов использованы следующие значения: медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (Q1 и Q3) значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты. В исследование было включено 316 больных эпилепсией в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. У 38% исследуемой группы больных эпилепсия сопровождалась первичной (эссенциальной) гипертонической болезнью 1 и 2 стадии. По данным м. «Личностный профиль кризиса» у больных эпилепсией с гипертонической болезнью ведущими шкалами индивидуального профиля переживания кризиса являются: 1. Функциональные проблемы: нарушения функционирования вегетативной системы, нарушения сердечной деятельности, проблемы со сном (Me=8, Q1=4, Q3=12); 2. Нарушения эмоционального реагирования: тревога, генерализованные эмоциональные реакции (Me=6, Q1=3, Q3=11); 3. Перемены в поведении и деятельности: проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей (Me=4, Q1=2, Q3=10). У больных эпилепсией не сопровождающейся гипертонической болезнью ведущими шкалами являются: 1. Осложнения познавательно-аналитической деятельности: осложнения функционирования внимания, восприятия, мышления, памяти (Me=7, Q1=3, Q3=10);

2. Перемены в поведении и деятельности: поглощенность проблемой (Me=4, Q1=2, Q3=9); 3. Депрессивное настроение (Me=2, Q1=1, Q3=8).

Выводы. 1. Позиции индивидуального профиля переживания кризиса больных эпилепсией, сопровождающейся гипертонической болезнью: наличие функциональных проблем, нарушения эмоционального реагирования; перемены в поведении и деятельности. 2. Позиции индивидуального профиля переживания кризиса больных эпилепсией не сопровождающейся гипертонической болезнью: наличие осложнений познавательно-аналитической деятельности, перемены в поведении и деятельности, наличие депрессивных тенденций. 3. Выявленные клинико-психологические закономерности необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий данному контингенту больных.

ЭПИЛЕПСИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Токарева Н.Г., Громова Е.В.

ФГБОУ ВО НИ «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск,
Россия

Целью настоящей работы явилось исследование клинико-психологических взаимодействий при эпилепсии, сопровождающейся сахарным диабетом.

Методы исследования. Клинико-психопатологический метод, м. «Личностный профиль кризиса», которая отражает состояние следующих сфер: функциональные проблемы (нарушения функционирования вегетативной системы, сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, проблемы со сном); нарушения познавательно-аналитической деятельности (внимания, восприятия, мышления, памяти и др.); нарушения

эмоционального реагирования (тревога, генерализованные эмоциональные реакции – гнев, стыд, вина и др.); депрессивное настроение; перемены в поведении и деятельности (проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей, либо попытки уйти от проблемы, либо поглощенность проблемой и др.). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0. Для описания результатов использованы следующие значения: медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (Q1 и Q3) значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты. В исследование было включено 316 больных эпилепсией в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. У 8% исследуемой группы больных эпилепсия сопровождалась сахарным диабетом 2 типа. По данным м.«Личностный профиль кризиса» у больных эпилепсией с сахарным диабетом ведущими шкалами индивидуального профиля переживания кризиса являются: 1.Нарушения эмоционального реагирования: тревога, генерализованные эмоциональные реакции (Me=7,Q1=4,Q3=11); 2.Функциональные проблемы: нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, нарушения функционирования вегетативной системы, нарушения сердечной деятельности, проблемы со сном (Me=6,Q1=3,Q3=10); 3.Перемены в поведении и деятельности: поглощенность проблемой, проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей (Me=5,Q1=2,Q3=9). У больных эпилепсией не сопровождающейся сахарным диабетом ведущими шкалами являются: 1.Осложнения познавательно-аналитической деятельности: осложнения функционирования внимания, восприятия, мышления, памяти (Me=7,Q1=3,Q3=10); 2. Перемены в поведении и деятельности: поглощенность проблемой (Me=4,Q1=2, Q3=9); 3.Депрессивное настроение (Me=2,Q1=1,Q3=8).

Выводы. 1.Позиции индивидуального профиля переживания кризиса больных эпилепсией, сопровождающейся сахарным диабетом 2 типа: наличие функциональных проблем, нарушения эмоционального реагирования; перемены в поведении и деятельности. 2.Позиции индивидуального профиля переживания кризиса больных эпилепсией не сопровождающейся сахарным диабетом: наличие осложнений познавательно-аналитической деятельности, перемены в поведении и деятельности, наличие депрессивных тенденций. 3.Выявленные клиничко-психологические закономерности необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий данному контингенту больных.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Трохина И.Е., Полозова Э.И., Пузанова Е.В., Ахмед Рами Н.К.
ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»,
Саранск, Россия

Язвенная болезнь (ЯБ) в настоящее время остается одной из самых сложных и противоречивых проблем в гастроэнтерологии. Несмотря на значительное расширение возможностей фармакотерапии, проблема эффективного лечения ЯБ еще далека от окончательного решения. Включение в комплекс лечебных мероприятий физиотерапевтических методов позволяет дифференцированно и целенаправленно воздействовать на различные стороны патологического процесса, повышая адаптационные возможности организма.

Цель. Повышение эффективности лечения больных ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированной с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (ХНМК), путем дополнительного включения лазеротерапии.

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов ЯБ ДПК в стадии обострения, ассоциированной с ХНМК, в возрасте $57,7 \pm 6,9$ лет, разделенных на 2 группы, находившихся на лечении в поликлиническом отделении ГБУЗ РМ «РКБ №5» г. Саранска в 2015-2017 г.г. Больные первой группы ($n=35$) получали стандартную трехкомпонентную противоязвенную терапию, в состав которой входили амоксициллин, кларитромицин, омепразол. Больным второй группы ($n=33$) дополнительно проводили сеансы лазеротерапии: 10 процедур лазерного излучения (частота 80 Гц, мощность 40 Вт, время экспозиции 1,5 мин на поле) на эпигастральную область под мечевидным отростком грудины, область проекции язвенного дефекта на переднюю брюшную стенку, на спине в области ThX-ThXII паравертебрально симметрично. Пациенты обеих групп были инфицированы хеликобактер пилори. Эффективность лечения ЯБ оценивали путем анализа динамики клинических симптомов и данных эзофагогастродуоденоскопии на момент первичного обращения и на 10 сутки терапии.

Результаты. При анализе клинической симптоматики отмечено, что в группе пациентов, которым дополнительно проводилась лазеротерапия, у 88% больных наблюдалось уменьшение болевого синдрома к 3 дню лечения и достоверно более раннее купирование основных симптомов диспептического синдрома по сравнению с группой больных, получавших стандартную терапию. Сравнение эффективности репаративного действия проводимой терапии показало, что во второй группе пациентов полное заживление язвенных дефектов отмечено у 29 человек (88%), в группе сравнения – у 22 человек (63%). У остальных пациентов в обеих группах наблюдалась положительная эндоскопическая динамика в виде уменьшения размеров язвенных дефектов в 3-4 раза, более выраженная во второй группе.

Заключение. Полученные результаты показывают, что включение лазеротерапии в комплекс лечения ЯБ ДПК, ассоциированной с ХНМК, позволяет улучшить клиническое течение заболевания, приводя к заживлению дефекта слизистой оболочки и улучшению качества жизни пациентов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЛАЕНСА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тулегенова Л.М., Салимова Ш.К., Орынова А.Ж.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
им. Марата Оспанова, г.Актобе, Республика Казахстан

Цель. Определить степень приверженности к лечению и взаимосвязь между качеством комплаенса и психо-социальными факторами больных артериальной гипертензии 2 степени, состоящих на диспансерном учете в поликлинике

Методы исследования. Пациенты с артериальной гипертензией 2 степени, состоящие на диспансерном учете в поликлинике г.Актобе. Пациенты заполняли тест «Мориски–Грина» и «Шкала оценки медикаментозного комплаенса». Всего проанкетировано 108 пациентов, средний возраст $57,1 \pm 10,1$ лет: мужчин 62 ср.воз. $56,6 \pm 8,9$; женщин – 46, ср.воз. $57,7 \pm 9,1$.

Результаты. По тесту «Мориски–Грина» комплаентными пациентами (КП) были только 20 больных (18,5%). Шкала медикаментозного комплаенса состоит из 5 блоков. Количественные значения градаций выстроены таким образом, что более высокой величине балла соответствует более высокий, то есть хороший уровень комплаенса, то есть, чем больше баллов, тем лучше считается показатель. По 1. «Отношение к медикации у пациентов» (max балл = 31) у КП – $23,2 \pm 2,4$, у некомплаентных (НК) - $23,4 \pm 2,1$ баллов. По 2. «Факторы, связанные с пациентом» (max балл = 7) у КП – $5,0 \pm 1,1$, у НКП - $4,1 \pm 1,1$. По 3. «Тенденции к саморазрушающему поведению» (max балл = 6) у КП – $5,2 \pm 0,7$, у НКП – $5,2 \pm 0,8$. По 4. «Факторы, связанные с близким окружением» (max балл = 5) у КП – $3,8 \pm 0,3$, у НКП – $3,9 \pm 0,3$. По 5. «Факторы, связанные с лечащим врачом» (max балл = 4) у КП – $1,7 \pm 0,8$, у НКП – $1,6 \pm 0,9$. Анализ

полученных показателей у КП и НКП не выявил статистически достоверных различий. При объединенном анализе всех респондентов по 1 блоку $23,4 \pm 2,1$ баллов, что составляет в среднем 75,4%; по 2 блоку $4,3 \pm 1,2$ баллов, что составляет в среднем 60,8%; по 3 блоку $5,2 \pm 0,7$ баллов, что составляет в среднем 86,1%; по 4 блоку $3,9 \pm 0,3$ баллов, что составляет в среднем 77,8%; по 5 блоку $1,6 \pm 0,9$ баллов, что составляет в среднем 39,8%;

Проведение корреляционного анализа показателей теста «Мориски–Грин» и «Шкала оценки медикаментозного комплаенса» не выявило наличие корреляционных связей между показателями: 0,1; 0,3; 0,1; -0,04 и -0,1 соответственно.

Таким образом, самый лучший показатель по «Тенденции к саморазрушающему поведению» - 86,1%, ниже показатель «Факторы, связанные с близким окружением» - 77,8%, далее «Отношение к медикации у пациентов» - 75,4%, «Факторы, связанные с пациентом» - 60,8%. На самом низком уровне «Факторы, связанные с лечащим врачом» - 39,8%.

Выводы: 1. У обследованных больных с артериальной гипертензией выявлен низкий уровень комплаенса - 18,5% респондентов.

2. Анализ взаимосвязи между качеством комплаенса и психологическими факторами определил, что пациенты по шкале медикаментозного комплаенса дают низкую оценку «Факторы, связанные с лечащим врачом» - 39,8%.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ УРГЕНТНУЮ И ПЛАНОВУЮ ПОМОЩЬ

Ульянова О.В., Куташов В.А., Саурина О.С., Хабарова Т.Ю.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Актуальность. Регулярно сталкиваясь с физическими и психологическими страданиями людей, медицинские работники подсознательно создают психологический барьер защиты от пациентов, тем самым становясь менее эмпатичными, иначе им грозит развитие синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Работа врача связана с определёнными факторами риска: дежурства с круглосуточным режимом работы, высокая функциональная активность; частый контакт с тяжелобольными и умирающими больными, когда врач четко осознает отсутствие конечных положительных результатов от своих благих усилий и ощущает в данных ситуациях собственное бессилие. А как следствие – развитие депрессии, невротозов, стенокардии, ГБ, язвенной болезни желудка у самого врача.

Цель исследования – изучение особенностей СЭВ среди врачей специальностей терапевтического и психоневрологического профилей, оказывающих как плановую, так и ургентную помощь. В исследовании приняли участие 45 врачей: общей практики – 23; неврологи – 11; психиатры – 11. Средний возраст обследованных составил 37 ± 5 лет (от 24 до 55 лет). Стаж работы: от года до трех лет – 12 врачей; от трех до десяти лет – 23; более десяти лет – 10.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования использовались следующие методы: наблюдение; психодиагностические методы (беседа, анкетирование); диагностика эмоционального выгорания личности (В.В. Бойко); качественная и количественная статистическая обработка данных.

Результаты и обсуждение. В группе врачей со сформировавшимся СЭВ выявлены следующие закономерности.

В фазе напряжения наиболее выражен симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств», демонстрирующий собой ответную реакцию на факторы, способствующие формированию СЭВ.

В фазе резистенции доминирующими симптомами являются «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «редукция профессиональных обязанностей», представляющие собой приёмы психологической защиты.

В фазе истощения ведущими симптомами являются «эмоциональный дефицит», «личностная отстранённость», отражающие состояние нервной системы. В группе врачей с формирующимся СЭВ доминирующими симптомами СЭВ являются переживание психотравмирующих обстоятельств, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей.

В результате исследования по методике «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко были выделены три группы врачей по уровню сформированности у них СЭВ: 1) с отсутствием СЭВ (10/22,2%); 2) с формирующимся СЭВ (28/62,2%); 3) с уже сформировавшимся СЭВ (7/15,6%).

Выводы. Своевременная психологическая помощь и коррекция у врачей с уже имеющимся и формирующимся СЭВ приведет к сохранению здоровья, психической устойчивости, профессиональному долголетию специалистов, включённых в длительные межличностные коммуникации с больными. Истоки профилактики СЭВ – это позитивное и ответственное отношение не только к своей профессии, но и к собственному социальному и физическому благополучию.

ВЛИЯНИЕ БИОРИТМОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ульянова О.В., Чайкина Н.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Актуальность. В современном мире люди не согласуют свою жизнь с законами природы: темнота ночи заполнена искусственным светом, окружающая температура поддерживается на комфортном уровне, а при развитии заболеваний ставка делается на лекарственные препараты, а не на естественные природные силы человека (иммунитет и резистентность к патологическим состояниям и заболеваниям). Каждый индивид живет в созданной им же искусственной среде, нарушающей естественные биологические ритмы и формирование приспособительных реакций организма, что создает максимум условий для серьезного нарушения здоровья. Состояние организма, его органов и систем меняется с определенной периодичностью на уровне генома клеток. Как и большинство биологических процессов, данные изменения имеют свои биоритмы. Исследования последних десятилетий показывают: биологические часы работают дольше и качественнее всего, если изо дня в день примерно в одно и то же время ложиться спать, вставать и принимать пищу. Однако, удивительным оказалось, что режим питания является даже более действенным фактором, чем смена дня и ночи. То есть принимать пищу (завтракать, обедать и ужинать) в одинаковые часы в течение суток особенно важно для налаживания всех биоритмов в организме.

Что касается сна, то на период с 12 часов ночи до 4 утра приходится пик выработки мелатонина – одного из важнейших омолаживающих и геропротекторных гормонов. Известно, что при старении снижается степень иммунологической защиты, а мелатонин стимулирует работу иммунной системы. Важно спать в полной темноте, так как регулятор суточных ритмов (мелатонин) вырабатывается только при таких условиях. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает необходимым включать работу в ночную смену в список вероятных причин, которые приводят к развитию новообразований, депрессии, гипертонических кризов, бронхиальной астмы и стрессов, нарушению сердечного ритма. Дольше всего живут люди, которые спят в среднем 7 – 7,5 часов в сутки. На сегодня человек в состоянии прожить 100 – 120 лет. Но на практике этот срок сокращается из-за следующих основных причин: плохая экология; неправильное питание (нарушение режима, фаст-фуд, еда перед сном, перекусы); недосып (сон меньше 7 часов, смещенный на дневное время суток); сидячий образ жизни; злоупотребление алкоголем,

курение; некачественная медпомощь (недостоверная диагностика, несвоевременное лечение, врачебные ошибки).

Вывод. С помощью биологических часов человек может существенно изменить свою жизнь. Правильно пользуясь данным биологическим механизмом, можно повысить иммунитет, работоспособность. Но с другой стороны, можно полностью расстроить своё здоровье и даже отнять у себя несколько лет жизни, например, только лишь одним фактором – привычка работать ночью. Каждый индивид должен научиться определять самостоятельно индивидуальный вариант своих циклических биоритмов и здорового питания, соответствующий генетически заданным потребностям организма, состоянию здоровья и возрасту, что позволит значительно снизить заболеваемость нации нервно-психическими расстройствами, улучшить состояние здоровья каждого человека и населения страны в целом.

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕССИНГА

Хабибрахманова З.Р., Макарова Т.П., Садыкова Д.И.

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Актуальность. Детский организм особенно чувствителен к изменению качества экологической обстановки. Загрязнение окружающей среды в сочетании с другими факторами риска повышает вероятность развития множества заболеваний, часто дебютирующих в детском и подростковом возрасте, в том числе и артериальной гипертензии. Среди экзогенных факторов развития артериальной гипертензии значимым считается воздействие ксенобиотиков в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой.

Цель исследования: обнаружить особенности параметров суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у детей и подростков со стабильной формой эссенциальной артериальной гипертензии, проживающих в районах повышенного экологического прессинга.

Материалы и методы: проведен анализ данных СМАД у 41 подростка, проживающих в районе 1 (19 человек) и районе 2 города (22 человека). В районе 1 расположены преимущественно жилые кварталы. В районе 2 жилых кварталов значительно меньше, функционирует большое количество промышленных предприятий. При тестировании содержания свинца в снеговом покрове района 2 уровень его составил $0,020 \pm 0,002$ мкг/мл и существенно превышал таковой района 1 ($0,009 \pm 0,001$ мкг/мл), $p < 0,05$.

Результаты: у детей и подростков, проживающих в районе 2, среднесуточные значения систолического артериального давления (САД) оказались достоверно больше по сравнению с аналогичными показателями пациентов, проживающих в районе 1 города ($137,5 \pm 1,88$ мм.рт.ст. и $132,3 \pm 1,4$ мм.рт.ст., соответственно; $p < 0,05$). Аналогичные изменения обнаружались при сравнении среднедневных значений систолического артериального давления ($139,33 \pm 1,99$ мм.рт.ст. и $134,8 \pm 1,02$ мм.рт.ст., соответственно; $p < 0,05$) и значений индекса времени гипертензии по САД в дневное время ($65,3 \pm 3,95\%$ и $54,47 \pm 2,18\%$, соответственно; $p < 0,05$) и в течение суток ($66,83 \pm 3,25\%$ и $56,65 \pm 1,2\%$, соответственно; $p < 0,05$).

Выводы: выявлена тенденция к увеличению нагрузки повышенным артериальным давлением у подростков со стабильной формой эссенциальной артериальной гипертензии, проживающих в районе с более неблагоприятной экологической обстановкой. Известно, что

промышленные предприятия – один из основных источников загрязнения окружающей среды свинцом. Можно предположить, что дети и подростки с нормальным уровнем артериального давления, проживающие в условиях повышенного экологического прессинга, формируют группу риска по развитию различных патологических состояний, в том числе и артериальной гипертензии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хоконова Т.М., Хараева З.Ф., Уметов М.А.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»,
Нальчик, Россия

Цель исследования: исследование показателей центральной гемодинамики и цитокинов (уровней провоспалительного цитокина – интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), противовоспалительного цитокина - интерлейкин-10 (ИЛ-10), лиганда CD40 (CD40L)) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 2 и 3 степени и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов (30 мужчин и 30 женщин, средний возраст 56 \pm 8 лет, разделенных на 3 группы: пациентов с АГ 2 и 3 степени, больных с ИБС и пациентов с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом (ПИК). Измерение параметров центрального давления в аорте (ЦДА) проводилось с помощью суточного монитора АД «VPLab» с расширенной версией программного обеспечения «VPLab Vasotens»–фирмы «Петр Телегин» (Россия). ИЛ-1 β , ИЛ-10 и CD40L определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью тест-систем фирмы «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты: наибольшие изменения параметров ЦДА: систолическое аортальное артериальное давление (САДао), пульсовое АДао, индекс аугментации в аорте (АIхао) отмечены в 3-й группе больных с ИБС+ПИК: 139,8 \pm 5,25 мм рт. ст., 66,3 \pm 4,09 мм рт. ст., 37,2 \pm 4,33% соответственно ($p < 0,001$). При исследовании и оценке цитокинов у обследованных пациентов было выявлено значительное статистически значимое повышение показателей ИЛ-1 β и ИЛ-10 в сравнении с показателями контрольной группы ($p < 0,001$). У больных с ИБС и АГ показатель ИЛ-1 β составил: 72,6 \pm 2,9 пг/мл, тогда как в группе контроля: 14,9 \pm 3,1 пг/мл ($p < 0,001$). При оценке значений ИЛ-10 было выявлено, что у больных с ИБС и АГ показатель ИЛ-10 составил: 48,6 \pm 2,7 пг/мл, тогда как в группе контроля: 10,1 \pm 3,1 пг/мл ($p < 0,001$). При оценке значений CD40L в группах было выявлено, что у больных с ИБС и ИБС с ПИК (2-я и 3-я группы соответственно) отмечались более высокие показатели CD40L (138 \pm 16 пг/мл- во 2-й группе и 267 \pm 26 пг/мл- в 3-й группе), по сравнению с пациентами с АГ из 1-й группы (70 \pm 15 пг/мл) ($p < 0,05$).

Выводы: Повышение параметров ЦДА и снижение эластичности артериального русла наиболее выражены у больных с ИБС и рубцовыми изменениями в миокарде. Повышенные концентраций ИЛ-1 β и CD40L свидетельствуют о выраженной воспалительной реакции в организме пациентов, в то время как увеличение уровня ИЛ-10 может являться показателем хронического вялопротекающего системного воспалительного процесса, в котором, по всей видимости, задействован эндотелий сосудов. Воспалительный характер поражения эндотелия может быть вовлечен в атеросклеротическое поражение сосудов. В тоже время, длительно сохраняющиеся высокие показатели ИЛ-1 β приводят к повышенной активности клеток видового иммунитета, продукты активации которых, вовлечены в активацию надпочечников. Таким образом, создается патофизиологическая цепь неблагоприятного течения АГ, которую необходимо учитывать в комплексной терапии, а

показатели цитокинов использовать в качестве диагностических и прогностических маркеров.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Хохлова Л.Н., Скоробогатова Л.Н., Ашимова Ю.Р., Ямашкина И.В.
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт, Саранск, Россия

Актуальность данной проблемы связана с развитием диабетической нефропатии (ДН) у 40% пациентов с сахарным диабетом (СД), являясь единственной причиной терминальной стадии ХПН. Хроническая болезнь почек (ХБП) при сахарном диабете ассоциируется с резким снижением общей выживаемости больных сахарным диабетом и необходимостью применения дорогостоящих методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки), что в условиях дефицита ресурсов здравоохранения имеет существенное социально - экономическое значение.

Цель работы: Изучить встречаемость ХБП у больных с СД 2 типа.

Материалы и методы: Проведен анализ 130 историй болезни больных сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» г. Саранск. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от выраженности осложнений СД: 1 группа без осложнений (38 человек), 2 группа с минимальными осложнениями (ретинопатия) 43 человека, 3 группа с выраженными осложнениями (диабетическая нефропатия, ретинопатия, полинейропатия) – 49 пациентов. Определение ХБП проводили согласно Российским Национальным рекомендациям 2012 г. по формуле СКД-ЕРІ.

Результаты: В исследуемых группах в основном преобладали женщины, что составило 68 %. У пациентов с СД 2 типа средний возраст больных составил 58, 3 лет. Основная причина развития ХБП у больных с СД 2 типа является диабетическая нефропатия (48 %). В 1 группе пациентов отмечается минимальное снижение СКФ до 86,2 мл/мин/1,73 м², во 2 группе пациентов СД 2 типа с минимальными осложнениями наблюдается снижение СКФ до 58,3 мл/ мин/1,73 м², что соответствует 3 А стадии ХБП, в 3 группе больных, с выраженными осложнениями сахарного диабета, СКФ снижена до 44,4 мл/ мин/1,73 м², что соответствует 3 Б стадии ХБП. При исследовании микроальбуминурии в изучаемых группах, выявлены следующие показатели. В 1 группе пациентов микроальбуминурия в среднем составила 28 мг/г, что соответствует А1 стадии ХБП, во 2 группе среднее значение альбуминурии составляет 280 мг/сут, что соответствует А2 стадии ХБП, и в 3 группе больных протеинурия значительно выражена и составляет 440 мг/сут, что соответствует А3 стадии ХБП.

Выводы: 1. При сравнительной оценке СКФ в зависимости от сопутствующих осложнений в исследуемых группах, выявлено снижение фильтрационной способности почек уже у больных с минимальными осложнениями.

2. Установлено появления МАУ у больных с легкой формой сахарного диабета.

Таким образом, необходимо раннее выявление изменений функции почек для своевременного начала нефропротективной терапии, предотвращения сердечно-сосудистых осложнений и внезапной смерти.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СТАВРОПОЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующую позицию в структуре причин смертности взрослого населения экономически развитых стран. До недавнего времени риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин недооценивался. Однако результаты Фрамингемского исследования свидетельствуют о том, что 40% всех коронарных событий у женщин заканчиваются фатально, причем в 67% случаев внезапной коронарной смерти не предшествует коронарный анамнез. Для РФ эта проблема также является важной, поскольку количество женщин в возрасте 50 лет и старше по состоянию на 1 июня 2017 года составляет 27,5 млн. и продолжает неуклонно расти.

В связи с этим целью нашего исследования стало изучение динамики показателей заболеваемости и смертности от ИБС населения Ставропольского края (СК) с учетом гендерной принадлежности.

На основании данных медицинского информационно-аналитического центра СК и Управления федеральной службы государственной статистики по СК были рассчитаны и проанализированы стандартизованные по Европейскому коэффициенту показатели смертности от ИБС с 1995 по 2015 г.

Анализируя показатели общей смертности от болезней системы кровообращения в СК, можно отметить ее неуклонное снижение, начиная с 2010 года (с 883,9 на 100 тыс. населения в 1995 г. до 714,3 на 100 тыс. в 2010 г. и 669,7 на 100 тыс. в 2015 г.). При этом в структуре смертности от ССЗ преобладают женщины (53,5%). ИБС является основной причиной смерти среди женщин и в других развитых странах мира (соотношение женщин и мужчин в среднем 55% и 43% соответственно). Показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста свидетельствуют об увеличении числа больных с ИБС (с 127,3 на 1000 чел. в 1995 г. до 188,0 на 1000 чел. в 2015 г.), что может быть связано с совершенствованием диагностики этих заболеваний и прогрессирующим старением населения. При этом клинические проявления ИБС у женщин в возрасте 45-54 года были только у каждой восьмой пациентки, а после 65 лет – у 35%. В большинстве случаев развитие ИМ или внезапная смерть являются первыми проявлениями ИБС, которые возникают на фоне относительного благополучия. Уровень смертности от ССЗ среди женщин остается высоким (на 0,5 млн. выше, чем среди мужчин), и за последние 20 лет она увеличилась на 10%, несмотря на достигнутые успехи по модификации основных факторов риска (ФР) ССЗ.

Таким образом, показатели заболеваемости и смертности от ИБС имеют гендерные различия, что обусловлено особенностями клинического течения заболевания у женщин, связанные с патогенетическими механизмами, отличающимися от таковых у мужчин. Поэтому изучение особенностей диагностики и течения ИБС у женщин разных возрастных групп, а также поиск оптимальной тактики лечения позволяют улучшить как прогноз заболевания, так и качество жизни. Необходим дальнейший поиск оптимальной терапии ИБС с позиции гендерных различий.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

В настоящее время при изучении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выделяют факторы риска (ФР) и клинические критерии, не зависящие от пола. При этом отмечено, что развитие ССЗ имеет гендерные особенности. Эпидемиологические исследования Американской ассоциации сердца показали, что ССЗ занимают первое место среди всех причин смертности у женщин, что составляет 46%, при этом половина всех случаев смерти обусловлены ишемической болезнью сердца (ИБС).

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей клинических проявлений и факторов риска (ФР) развития ИБС в зависимости от гендерной принадлежности. Проведен анализ историй болезни 160 пациентов (92 женщины и 68 мужчин) в возрасте от 52 до 78 лет, находившихся на лечении в городской клинической больнице №2 г. Ставрополя с подтвержденным клиническим диагнозом ИБС за период с 2010 по 2016 гг.

При сравнении распространенности основных ФР развития ИБС установлены гендерные различия по частоте определения как модифицируемых, так и немодифицируемых ФР. Так у женщин достоверно чаще отмечалась сопутствующая патология (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, дислипидемия). У 73,6% женщин в возрасте старше 55 лет выявлен один или более традиционных ФР, при этом у них значительно чаще, чем у мужчин, встречается сочетание двух и более ФР (79,4% против 54,1%). Значительная роль в развитии ИБС у женщин принадлежит факторам риска, зависящим от репродуктивного статуса (наличие синдрома поликистоза яичников, преэклампсия в анамнезе, возраст наступления менопаузы). Присоединение новых ФР после менопаузы, в связи с потерей протективного эффекта эстрогенов, дополнительно существенно увеличивает заболеваемость и смертность от коронарной патологии.

Особенности клинического течения ИБС у женщин состоят в том, что у них чаще, чем у мужчин, боли имеют нетипичный характер, возникают в покое, что возможно связано с наличием вазоспастического компонента. Одним из возможных механизмов может быть влияние женских половых гормонов на порог болевой чувствительности.

Наиболее часто первым проявлением ИБС у женщин является наличие болевого синдрома, а не ИМ (88% против 12%), тогда как у мужчин частота таких первых проявлений ИБС составляет 61% против 39%. Также показано, что 2/3 женщин с фатальным исходом острого коронарного синдрома, не имели клинических симптомов заболевания в анамнезе.

Таким образом, ИБС у женщин имеет определенные особенности клинического течения, связанные, в том числе, и с патогенетическими механизмами, отличающимися от таковых у мужчин. Изучение особенностей диагностики и течения заболевания с позиции гендерных различий позволит оптимизировать тактику лечения ИБС, а, следовательно, улучшить прогноз и повысить качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНЫХ, КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С НОЧНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Черкасова С.А.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Изучить связь между наличием ночных пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП) и различными респираторными, клинико-anamнестическими и эхокардиографическими характеристиками пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Методы исследования. В исследовании участвовали 114 пациентов, страдающих пароксизмальной ФП (59 мужчин, 55 женщин). У всех пациентов была диагностирована артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность I-III функционального класса.

Из числа участников 27% были с инфарктом миокарда в анамнезе, 1,5% перенесли в прошлом инсульт, у 87% имелась ишемическая болезнь сердца. У 29 пациентов нарушения ритма возникали преимущественно ночью.

Пациентам были проведены эхокардиография и холтеровское мониторирование, для определения расстройств дыхания во сне выполнен респираторный мониторинг. Проведен сбор анамнеза, по его результатам учитывались длительность существования сердечно-сосудистых заболеваний, функциональный класс сердечной недостаточности.

Результаты. Определена достоверная связь между наличием ночной формы ФП и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). Также ночные пароксизмы ассоциировались с наличием более тяжелой патологии сердечно-сосудистой системы, нежели у лиц с преимущественно дневным возникновением пароксизмов. Они были связаны с максимальной длительностью анамнеза фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности, с тенденцией к увеличению продолжительности анамнеза ишемической болезни сердца.

Ночная фибрилляция предсердий у пациентов сопровождалась пониженной средней частотой сердечных сокращений в любое время суток, сниженной фракцией выброса, увеличенным конечно-диастолическим размером левого желудочка и повышенным индексом массы миокарда.

Выводы. Ночной вариант ФП имеет тесную связь с синдромом обструктивного апноэ сна, эти патологии взаимно отягощают друг друга, усугубляя клиническую картину сердечно-сосудистых заболеваний и ремоделирование сердца. Одновременное наличие фибрилляции предсердий и обструктивного апноэ сна потенцирует раннее развитие кардиоваскулярной патологии и провоцирует прогрессирование структурно-функциональных изменений в сердечно-сосудистой системе.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА КАК ФАКТОР РИСКА АЛИМЕНТАРНОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Чернова Н.Н., Балыкова О.П., Громова Е.В. Кутаева Л.И.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Питание человека, как фактор определяющий здоровье, является одним из основных в формировании болезней связанных с нарушением питания (анемия, авитаминозы, ожирение, и др.). Кроме того, может оказывать влияние на продолжительность жизни, создавать условия, для развития различных патологий.

По данным ВОЗ, три четверти населения в большинстве стран мира страдают заболеваниями, связанными с нарушением питания, возникновение и развитие которых связаны с неполноценным рационом.

С целью оценки фактического питания студентов медицинского института был проведен анализ меню-раскладки.

При оценке режима питания было выявлено, что подавляющее число опрошенных принимаю пищу 3 раза в день, однако есть студенты, которые питаются 2 раза: утром и вечером. При таком редком приеме пищи ухудшаются условия ее переваривания. В результате этого создается несоответствие между массой компонентов пищи и возможностями их ферментативного расщепления. Нутриенты не успевают полностью гидролизироваться и не могут использоваться организмом.

Кроме того, наблюдается дисбаланс по ряду продуктов: повышено потребление кондитерских изделий, мучных продуктов и картофеля в 3 раза. Тогда как доля молока и молочных продуктов, в 3 раза меньше общей дневной нормы (500 г), рекомендованной институтом питания РАМН. Биологически ценные продукты: мясо, масло сливочное, фрукты, соки – употребляются редко. Ни один студент не употребляет ежедневно все те продукты, которые являются источником незаменимых нутриентов.

На качество питания студентов отрицательно сказывается их образ жизни, а именно отсутствие четко сформированного стереотипа регулярного приема пищи, что в сочетании с большой учебной нагрузкой и дефицитом свободного времени приводит к нерациональному распределению приемов пищи в течение дня, а зачастую, и к недостаточности пищевой и биологической ценности питания студентов. Студентам необходимо скорректировать свой

рацион: обеспечить поступление продуктов питания с большей калорийностью в обеденное время (например, пообедать в столовой), добавить те продукты, по которым наблюдается дефицит в суточном рационе.

В большинстве случаев калорийность суточного рациона студентов обеспечивается за счет «быстрого» питания: гамбургеров, пиццы, пирожков и других мучных изделий. Такое питание может повлечь за собой нарушение пищеварения, а также обеспечение организма сбалансированным соотношением микро- и макронутриентов.

Таким образом, анализ рационов питания студентов позволил установить, что их питание является неполноценным как в качественном, так и в количественном отношении, что в дальнейшем может привести к появлению алиментарнозависимых заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Чеснокова И.В.

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

Цель. В настоящее время накоплено большое количество данных о взаимосвязи различных факторов риска (ФР) с возникновением сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По данным ГНИЦ профилактической медицины, основными ФР ССЗ в российской популяции являются: ожирение, алкоголь, курение, гиперхолестеринемия и артериальная гипертензия. Следует отметить, что большая доля населения РФ имеют избыточную массу тела: около 16,8% женщин и 14,9% мужчин. Следовательно, задача данного исследования - выявление повышенного индекса массы тела (ИМТ), как ФР, среди трудоспособного населения Коминтерновского района г. Воронежа для осуществления профилактики ССЗ.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе целевой диспансеризации трудоспособного населения Коминтерновского района г. Воронежа. Количество обследованных 630 человек (357 женщин и 272 мужчины); возраст 35-55 лет.

Результаты. По данным целевой диспансеризации повышенный ИМТ является самым распространенным ФР среди трудоспособного населения Коминтерновского района г. Воронежа: данный ФР встречался у 31,9% пришедших на диспансеризацию, и каждый второй при наличии других ФР ССЗ имел ИМТ > 25 кг/м². Распространенность данного ФР увеличивается с возрастом больных. Отмечается достоверный рост распространенности повышенного ИМТ с 8,51% в возрастной группе 35-39 лет до 21,2% у пациентов возрастной группы 50-55 лет. Данная динамика отмечалась как у мужчин, так и у женщин, но у женщин распространенность повышенного ИМТ была достоверно выше, чем у мужчин во всех возрастных группах. У мужчин распространенность повышенного ИМТ увеличивается с 5,7% в возрасте 35-39 лет, до 13,7% среди обследованных в возрасте от 50 до 55 лет. У женщин в данных возрастных подгруппах распространенность повышенного ИМТ составила 10,5% и 26,4% соответственно.

Выводы. Повышенный ИМТ является самым распространенным ФР у населения в возрасте 35-55 лет и часто является составным компонентом множественного риска ССЗ.

Принадлежность к женскому полу является высоким ФР по увеличению ИМТ.

Зависимость распространенности повышенного ИМТ от возраста и пола позволяет разработать целевую программу профилактики для мужчин и женщин различных возрастных групп.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Чукаров А.В., Шуляева А.С., Игнатъева О.И., Токарева Н.Г.
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Эпидемиологические данные последних лет показывают тенденцию к продолжению роста заболеваемости сахарным диабетом 2 типа. Уровень инвалидизации и смертности этих больных существенно не снижается, главным образом вследствие развития тяжелых макрососудистых осложнений, риск развития которых увеличился в 2–3 раза.

Цель работы: оценка клинико-функциональных особенностей течения ишемического инсульта (ИИ) в острый период на фоне сахарного диабета 2 типа.

Методы исследования: в исследуемую группу вошли 40 больных одного из первичных сосудистых отделений г. Саранска в возрасте от 51 до 76 лет ($61,9 \pm 1,1$) с различными патогенетическими подтипами ИИ; соотношение мужчин и женщин составило 11 (27,5%) и 29 (74,5%) соответственно. Оценивали факторы риска, степень нарушения сознания по шкале комы Глазго, выраженность неврологического дефицита, тяжесть инсульта по шкале инсульта национального института здоровья NIHSS, уровень реактивной и личностной тревожности с помощью теста Спилберга. Контрольную группу составили больные с ИИ без сахарного диабета сопоставимые по возрасту и полу.

Результаты: наиболее высокий уровень заболеваемости данной патологией выявлялся в возрасте 61-70 лет и составил 62,5%. Уровень глюкозы крови в первые дни развития ИИ находился в интервале от 10 до 15 ммоль/л у 60%, что свидетельствовало о декомпенсации сахарного диабета. В исследуемой группе среди факторов риска достоверно чаще наблюдалась артериальная гипертензия (87,5%), ишемическая болезнь сердца (77,5%), также чаще были в анамнезе инфаркт миокарда и мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения. Клиническая картина ИИ была более тяжелой: достоверно чаще наблюдались выраженные нарушения сознания, средние значения суммарного балла по шкале Глазго в исследуемой группе были ниже, чем в контрольной и составили $12 \pm 0,4$ и $14 \pm 0,9$ соответственно. Двигательные нарушения наблюдались у 87,5% больных с сахарным диабетом, из них у 70% гемипарез достигал выраженной и умеренной степени, тогда как в контрольной группе изменения такой степени выраженности были у 60%. Нарушения чувствительности у больных с ИИ в исследуемой группе имели место в 57,5% наблюдений, из них в 72,5% по типу гемипарестезии, в остальных – гемипарестезии умеренной степени без регресса симптомов в динамике. Тяжесть инсульта по шкале NIHSS у больных в исследуемой группе характеризовалась тяжелыми неврологическими нарушениями (средний балл 14,5), в контрольной группе – неврологическими нарушениями средней степени (средний балл 10,0). Исследование личностной и реактивной тревожности с помощью теста Спилберга в исследуемой группе показало: у 60% выявляется высокий уровень реактивной тревожности, у 55% исследуемых - высокий уровень личностной тревожности.

Выводы: ИИ на фоне сахарного диабета 2 типа в острый период имеет более тяжелое течение в виде выраженного нарушения сознания, тяжелого неврологического дефицита, худшего его регресса в динамике, высоким уровнем личностной и реактивной тревожности по сравнению с течением инсульта в группе больных без сахарного диабета, что подтверждается литературными данными.

АНАЛИЗ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА КАК ВНЕПИЩЕВОДНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Шинкевич Е.С., Козлов Е.Д.
ФГБОУ ВО «НИ МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Цель: провести анализ кардиального синдрома как внепищеводного проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов, перенесших холецистэктомию на основании анкетирования.

Методы исследования: анкета для выявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, разработанная для проведения Многоцентрового исследования «Эпидемиология Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России» (проект МЭГРЕ) сотрудниками ЦНИИ гастроэнтерологии г. Москвы.

Результаты. В исследовании приняли участие 64 респондента, которым проведена холецистэктомия по поводу хронического холецистита и желчекаменной болезни, проживающих в Республике Мордовия. Из них 66% женщин и 34% мужчин, медиана возраста 48 ± 10 (от 18 до 62) лет. Среди респондентов проводился анализ болей, возникающих в левой половине грудной клетки до оперативного вмешательства и после него.

У 17 (27%) респондентов симптом боли в левой половине грудной клетки (кардиалгия) наблюдался до проведения оперативного вмешательства. Анализируя частоту возникновения данного симптома, у 30% кардиалгии отмечались раз в месяц, 10% - несколько раз в месяц, 25% - раз в неделю, 35% - несколько раз в неделю. При анализе степени беспокойства по поводу боли в левой половине грудной клетки выявлено, что в 14% случаев этот симптом приносит «среднее» беспокойство, в 8% «слабое» беспокойство и в 5% - «сильное» беспокойство. Боли в левой половине грудной клетки в зависимости от времени суток наблюдались: в «любое время суток» в 66%, «днем» в 28%, «вечером» в 6% случаев. При этом, кардиальная патология была исключена у 76% больных.

После перенесенной холецистэктомии, боли в левой половине грудной клетки исчезли у 48%, сохранялись у 38% и усилились у 14% респондентов, имеющих кардиальный синдром до оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, данное исследование продемонстрировало высокую распространенность кардиального синдрома, среди пациентов, которым выполнена холецистэктомия. Принимая во внимание тот факт, что больший процент пациентов не имеет диагностированной кардиальной патологии и то, что после оперативного вмешательства число пациентов с болью в левой половине грудной клетки значительно уменьшилось, можно предположить, что имели место внепищеводные проявления ГЭРБ. Поэтому следует проводить тщательное обследование больных, имеющих кардиальный синдром (на основе анкетирования), перед планируемым оперативным вмешательством по поводу желчекаменной болезни и хронического холецистита, и после холецистэктомии, и их более пристальное наблюдение врачами первичного звена.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ И ДИМЕФОСФОНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шмырева Н.В.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Цель: изучение особенностей антигипертензивных эффектов сочетанного применения димефосфона и комбинаций бетакард-нифедипин, бетакард-гипотиазид, бетакард-эналаприл при артериальной гипертензии (АГ).

Методы исследования: в исследование включено 102 больных АГ I-III стадии, которые, в зависимости от получаемого лечения, были разделены на 6 групп: 1-ая группа получала комбинированную терапию бетакардом (в дозе 0,7 мг/кг/сут. в 1 прием) и нифедипином (0,43 мг/кг/сут. в 3 приема), 2-ая - бетакардом, нифедипином в тех же дозах и димефосфоном (0,03 г/кг/сут. в 2 приема), 3-я – бетакардом (0,7 мг/кг/сут. в 1 прием) и гипотиазидом (0,36 мг/кг/сут. в 1 прием), 4-ая – бетакардом, гипотиазидом в тех же дозах и

димефосфоном (0,03 г/кг/сут. в 2 приема), 5-ая – бетакардом (0,7 мг/кг/сут. в 1 прием) и эналаприлом (0,14 мг/кг/сут. в 2 приема), 6-ая – бетакардом, эналаприлом в тех же дозах и димефосфоном (0,03 г/кг/сут. в 2 приема) в течение 11-15 дней. Димефосфон вводился внутривенно, остальные исследуемые соединения применялись перорально. До начала лечения и в конце его больным производилось суточное мониторирование артериального давления (АД) и эхокардиоскопическое исследование.

Результаты: введение димефосфона в комбинации бетакард-нифедипин, бетакард-гипотиазид, бетакард-эналаприл при лечении больных АГ позволило достоверно увеличить частоту нормализации исходно повышенных усредненных показателей систолического (сАД) и диастолического (дАД) АД (как за сутки, так и за дневной и ночной периоды), а в последнем случае также увеличить динамику (снижение) усредненного дАД (за сутки - на 7,8%, за дневной период - на 7,7%, за ночной период - на 8,1%). Добавление димефосфона к комбинации бетакард-нифедипин достоверно уменьшило частоту повышения вариабельности как сАД, так и дАД (за сутки, дневной и ночной периоды). Добавление препарата к комбинациям бетакард-гипотиазид, бетакард-эналаприл достоверно увеличило динамику (снижение) вариабельности сАД и дАД (в первом случае соответственно на 28,8% и 25,2% за дневной, на 25,8% и 24,9% за ночной периоды, в втором случае на 25,4% и 31,9% за дневной, на 24,9% и 32,5% за ночной периоды). Использование димефосфона в составе последних двух комбинаций способствовало достоверному увеличению частоты нормализации исходно повышенных степени ночного снижения, величины и скорости утреннего подъема как сАД, так и дАД, улучшая, таким образом, характеристики циркадианного ритма у больных-«over-dippers». Использование димефосфона в составе всех вышеуказанных комбинаций при лечении больных АГ не оказывало отрицательного влияния на сократительную способность миокарда.

Выводы: использование димефосфона в составе рассматриваемых комбинаций антигипертензивных препаратов при лечении больных АГ улучшает показатели суточной динамики АД, увеличивает частоту нормализации его усредненных значений, не оказывая, при этом, отрицательного влияния на сократительную способность миокарда.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ ДИМЕФОСФОНА НА МОДЕЛИ АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА

Шмырева Н.В., Цибулькина В.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Цель: изучить механизмы действия димефосфона на модели стимулированной агрегации тромбоцитов человека.

Методы исследования: материал получен в исследованиях *ex vivo* на 150 образцах тромбоцитарной плазмы, выделенных из цитратной крови 50 здоровых доноров. Исследования агрегационной способности тромбоцитов проводились в образцах богатой тромбоцитами плазмы (БТП) и в суспензии отмытых от плазменных факторов тромбоцитов. Агрегация тромбоцитов регистрировалась с помощью лазерного анализатора агрегации «Viola». В БТП в качестве индукторов агрегации использовались АДФ (2,5 мкмоль/л), адреналин (1 мкмоль/л) и арахидоновая кислота (1 ммоль/л), в тромбоцитарной суспензии - кальциевый ионофор A23187 (0,1 и 1 мкмоль/л) и тромбин (1 ед.НН/мл). Для воспроизведения агрегации образец БТП или тромбоцитарной суспензии до введения индуктора инкубировался с кальциевым хелатором БАФТА-АМ (в концентрациях 1, 10, 25, 50, 100 мкмоль/л) или димефосфоном (в концентрации 500 мкмоль/л). Прямое определение содержания свободного цитоплазматического кальция осуществлялось с помощью флуоресцентного индикатора Fura-2 АМ. Флуоресценцию регистрировали на спектрофлуориметре Perkin-Elmer MPF-44В. Индуцированную концентрацию Ca²⁺ определяли при добавлении к суспензии тромбоцитов АДФ (10 мкмоль/л).

Результаты: в проведенных экспериментах с использованием БАФТА-АМ на фоне агрегации, индуцированной различными агонистами, показано, что характер ингибирования тромбоцитарной активности данным соединением идентичен таковому у димефосфона. Оба проявляют отчетливое ингибирующее действие в случае стимуляции тромбоцитов АДФ и А23187, которые инициируют агрегацию опосредованно через повышение уровня Ca^{2+} , и, в то же время, оказываются неэффективным в отношении агрегации, вызванной арахидоновой кислотой и тромбином. Обнаруженное нами сходство антиагрегационного профиля данных соединений свидетельствует о том, что механизм их действия аналогичен, и, видимо, основной характеристикой в действии димефосфона является модуляция внутриклеточного кальциевого обмена. Однако, в серии экспериментов по сравнению способности ингибировать тромбоцитарную агрегацию кальциевого хелатора и димефосфона при использовании в качестве индуктора адреналина было показано, что величина антиагрегационного эффекта БАФТА-АМ (25 мкмоль/л) и димефосфона (500 мкмоль/л) практически полностью совпадала. При одновременном же использовании двух сравниваемых соединений наблюдалось взаимное усиление их антиагрегационного действия. Данные результаты свидетельствуют об отсутствии между соединениями конкурентного взаимодействия на внутриклеточном уровне. В ходе прямого измерения концентрации свободных ионов кальция в цитоплазме тромбоцитов было установлено, что димефосфон не влияет на внутриклеточную концентрацию кальция тромбоцитов, находящихся в состоянии покоя, но препятствует увеличению его уровня под воздействием АДФ, снижая индуцированный кальциевый ответ более чем наполовину (на 56,4%).

Выводы: один из ведущих механизмов действия димефосфона связан со снижением степени нарастания внутриклеточного содержания ионизированного кальция в стимулированных клетках, однако, этот эффект не обусловлен связыванием ионов кальция в неактивные комплексы. Димефосфон не оказывает влияния на внутриклеточную концентрацию ионов кальция в нестимулированных клетках.

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Шукуров Ф.Б.¹, Булгакова Е.С.¹, Шапиева А.Н.², Руденко Б.А.¹, Творогова Т.В.³, Жданова С.Г.¹, Базаева Е.В.¹, Шаноян А.С.¹

¹ - ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва, Россия

² - Клиника «Ниармедик», Москва, Россия

³ - Клиника «Семья», Лобня, Россия

Цель. Многоцентровые рандомизированные исследования SAPPHIRE, CREST и ACT-1 показали достоверное отсутствие разницы в комбинированной конечной точке инсульт, смерть и инфаркт миокарда в группах сравнения каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования. Каротидное стентирование становится альтернативной опцией хирургическому лечению у пациентов с стенозирующим поражением сонных артерий. Дополнительное преимущество каротидного стентирования, которое по данным мировой литературы недостаточно изучено – снижение цифр артериального давления после процедуры. Целью данного исследования было оценить влияние каротидного стентирования на цифры артериального давления и выявить предикторы гипотензивного эффекта.

Методы исследования. Всего 73 пациента со стенозами внутренней сонной артерии более 70% и проведенным каротидным стентированием были включены в исследование (35 женщин, 38 мужчин). Средний возраст $64 \pm 5,2$. Период наблюдения составил 12 месяцев, всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления до и через 12 месяцев после вмешательства.

Результаты. В сравнении с исходными цифрами систолического/диастолического артериального давления (155,6/93,5) последующее АД через 12 месяцев было достоверно ниже (131,4/72,4) [$p < 0,01$]. Независимыми предикторами снижения артериального давления являлись разобщенный Виллизиев круг (ОШ = 1,656, ДИ 95%, от 1,288 до 5,487, $p = 0,009$), а также пациенты со стенозами $>95\%$ по диаметру (ОШ = 1.418, ДИ 95%, 1.107 - 3.853; $p = 0,016$).

Выводы. Наше исследование показало достоверное снижение цифр артериального давления у пациентов после стентирования каротидных артерий. Достоверными независимыми предикторами были пациенты с разобщенным Виллизиевым кругом, а также с субтотальным поражением сонной артерии ($> 95\%$). Мы это объясняем отключением компенсаторных механизмов артериальной гипертензии у пациентов с хронической ишемией мозгового кровообращения. Кроме того, после имплантации стента происходит хроническое воздействие на барорецепторы каротидного сплетения, что также может вызывать рефлекторное снижение артериального давления. Снижение артериального давления может дать дополнительное преимущество для снижения риска развития инсульта у данных пациентов.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Эсаулова Т.А., Хачукаева Р.А., Исаева У.С.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Цель исследования. Изучить наличие артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с сахарным диабетом, получивших лечение в дневном стационаре эндокринологического диспансера г. Грозного, в 2014-2016 гг.

Методы исследования. Проанализированы данные историй болезней первичных пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Результаты. Проанализированы истории болезней 305 пациентов, среди которых 95 человек (31%) были с сахарным диабетом 1 типа, 210 человек (69%) – с сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст больных составил $54 \pm 2,8$ лет.

В группе с сахарным диабетом 1 типа артериальная гипертензия выявлена у 75 человек (79%). При этом установлено, что из этих 75 больных артериальная гипертензия развилась на фоне уже имеющейся диабетической нефропатии в 81% случаев (61 человек), у остальных 19% (14 человек) имелась гипертоническая болезнь.

В группе больных с диабетом 2 типа артериальная гипертензия выявлена у 93% пациентов (195 человек), 7% (15 человек) не имели АГ. Изучение медицинской документации позволило установить, что у больных, имевших АГ, сахарный диабет развился уже на фоне имеющейся гипертонической болезни или вторичной артериальной гипертензии атеросклеротического генеза, в 85% случаев (165 человек), а у остальных 30 (15%) - АГ появилась уже вследствие развития диабетической нефропатии.

Выводы. Данное исследование позволило отследить причины развития артериальной гипертонии у лиц с сахарным диабетом, что позволило в дальнейшем проводить более раннюю диагностику и предупреждение развития осложнений сахарного диабета и артериальной гипертензии.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В СПОРТЕ ВЫСОКИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Яковлева Л.В. Юмалин С.Х.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Уфа, Россия

Цель: изучить состояние сердечно-сосудистой системы у детей в спорте высоких достижений

Методы исследования: Обследовано 59 юных хоккеистов, занимающиеся СДЮШОР «АНО ХК «Салават Юлаев» в возрасте 14-15 лет (средний возраст $15,02 \pm 0,81$), средний стаж занятия хоккеем с шайбой $8,75 \pm 1,50$ лет. Контрольная группа состояла из 30 детей подростков первой группы здоровья, мужского пола, сопоставимы по возрасту. Все подростки прошли комплексное клиническое и инструментальное обследование в переходный период программы годичной подготовки (май – июнь), которое включало: сбор анамнеза, общий осмотр, клинические анализы крови и мочи, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), велоэргометрию (ВЭМ). Электрокардиографию проводили по стандартной методике 12 общепринятых отведений на компьютерном аппарате «МАГ» – 1200 (Германия). Эхокардиография проводилась на аппарате Medison SA 9900. В ходе проведения ВЭМ оценивали физическую работоспособность по методу PWC170 в кгм/мин и показатели максимального потребления кислорода (МПК) в мл/мин/кг.

Результаты: Анализ жалоб показал, что у 1/3 юных хоккеистов отмечались : слабость 12 юных хоккеистов (20,33%), кардиалгии 4 (6,77%), нарушение сна 10 (16,94%), нарушение аппетита 7 (11,86%), боли в коленных суставах 8 (13,55%) и пояснично-крестцовой области 3 (5,08%). При измерении артериального давления в покое у детей, как основной, так и контрольной групп полученные значения не превышали возрастную норму и не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Средние значения САД и ДАД у юных хоккеистов составили $114,46 \pm 4,53$ мм рт.ст. и $70,02 \pm 4,83$ мм рт.ст. соответственно, у детей не занимающихся спортом $113,48 \pm 1,15$ и $73,94 \pm 1,17$ мм рт.ст. При сравнении показателей ЭКГ в основной группе с контрольной группой, у юных хоккеистов достоверно выше встречалась синусовая аритмия (33,3%), нарушения процессов реполяризации миокарда ЛЖ (20,1%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (10,2%), синусовая брадикардия (19,8%), миграция водителя ритма (15,0%) ($p < 0,001$). По данным ЭхоКГ у 14 спортсменов (23,3%) имели умеренную гипертрофии миокарда ЛЖ, показатели были выше 90 перцентилья, но не превышали 95 перцентилья, вариант формирования физиологического спортивного сердца. Патологической трансформации сердца у юных хоккеистов не выявлено. При проведении ВЭМ у юных хоккеистов физическая работоспособность составила $914,94 \pm 132,37$ кгм/мин, показатели максимального потребления кислорода $53,94 \pm 2,04$ мл/мин/кг.

Выводы: 1. У детей занимающиеся спортом высоких достижений (23,3%) имеет место физиологическое спортивное сердце.

2. Установлено, что у детей с проявлением физиологического спортивного сердца максимальная потребность кислорода и физическая работоспособность выше на 7,5% и на 27,4% соответственно, чем у детей без физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ РМ «РКБ №4»

Ямашкина Е.И., Аввакумова О.И., Акимова И.В., Есина М.В., Ефремова О.Н.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

Цель: Оценка распространенности и выраженности диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом (СД) по данным эндокринологического отделения.

Методы исследования: Был проанализированы 100 историй болезни пациентов эндокринологического отделения ГБУЗ РМ «РКБ №4», отобранных случайным образом. Метод - ретроспективный анализ. Оценивались скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурия. Критерии исключения- заболевания почек другой этиологии и мочевые инфекции в активную фазу.

Результаты: Из отобранных историй болезни лица женского пола составили 71%, мужского 29%. Среди них пациенты, имеющие СД 1 типа-12%, 2 типа-88%. Средний возраст всех пациентов составил 61 год: среди мужчин 56,6 лет, среди женщин 64 года. Средний стаж СД среди всех пациентов составил 13,4 года, среди пациентов с СД 1 типа-15,5 лет, среди пациентов с СД 2 типа 13,05 лет. Средний уровень гликемии натощак всех пациентов 8,9 ммоль/л (8,7 ммоль/л у лиц с СД 1 типа, 8,9 ммоль/л у лиц с СД 2 типа). Средний уровень постпрандиальной гликемии всех пациентов 8,8 ммоль/л (9,2 ммоль/л у лиц с СД 1 типа, 8,7 ммоль/л у лиц с СД 2 типа). Средний уровень креатинина пациентов составил 85 мкмоль/л. В общем анализе мочи протеинурия была выявлена у 8% больных.

Из всех госпитализированных пациентов 18% имели в диагнозе хроническую болезнь почек (ХБП), с СД 1 типа - 4% (22% от пациентов с СД 1 типа), с сахарным диабетом 2 типа 14% (78% от пациентов с СД2 типа). Диабетическая нефропатия С1 стадии среди пациентов нами не выявлена, С2 стадия-67 % (10% у пациентов с СД 1 типа, 57 % у пациентов с СД 2 типа), С3а стадия-26% (2% у пациентов с СД 1 типа, 24 % у пациентов с СД 2 типа), С3б стадия-4 % (3% у пациентов с СД 1 типа, 1 % у пациентов с СД 2 типа), С4-3% у пациентов с СД 2 типа, С5 не выявлено. По альбуминурии: А1-62% (14% у пациентов с СД 1 типа, 48 % у пациентов с СД 2 типа), А2-20% (7% у пациентов с СД 1 типа, 13 % у пациентов с СД 2 типа) А3-5% (2% у пациентов с СД 1 типа, 3 % у пациентов с СД 2 типа). Ряд больных с сахарным диабетом 1 типом имели диабетическую нефропатию типом С2А1 стадии при стаже диабета в среднем-15,6 лет, С2А2-10 лет, С3аА2-19 лет, С3аА3-14 лет, С3бА3-23 года. Ряд больных с сахарным диабетом 2 типом имели диабетическую нефропатию С2А1 стадии при стаже диабета в среднем 10,8 лет, С2А2-15,5 года, С2А3-11 лет, С3аА1-22,7 лет, С3аА2-11,3 года, С3аА3-18,5 лет, С3бА1-23 года, С4А1-9 лет, С4А1-7 лет, С4А3-25 лет.

Выводы: 1. ХБП нами выявлена у 89% больных. 2. Значимое снижение СКФ (ХБП С3а стадии и выше) зарегистрирована у 2% больных СД 1 типа, 24% больных СД 2 типа. 3.ХБП на догоспитальном этапе хуже диагностировалась у пациентов с СД 2 типа.

ПРОФИЛАКТИКА ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ И ШКОЛЬНИКОВ (ОПЫТ МОРДОВСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВОД «ВОЛОНТЕРЫ-МЕДИКИ»)

Ямашкина Е.И., Потапова А.С., Есина М.В., Ефремова О.Н.
ФГБОУ ВО «МГУ им.Н.П. Огарёва», г.Саранск, Россия

Цель: Оценка информированности населения о проблемах йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) и их профилактика среди школьников и студентов.

Методы исследования: Было проведено анонимное анкетирование учащихся 7-11 классов общеобразовательных школ г. Саранск и студентов ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». Участникам анкетирования предлагалось ответить на три вопроса: Используете ли Вы йодированную соль? Знаете ли Вы про масштабный дефицит йода у населения РФ, и чем он опасен? Вы поддерживаете принятие закона о всеобщем йодировании соли на производствах России в качестве профилактики йододефицитных заболеваний? После анкетирования с респондентами проводились образовательные мероприятия волонтерами Мордовского регионального отделения ВОД «Волонтеры-медики». Через месяц повторно проводилось анкетирование по вышеуказанным вопросам.

Результаты: Среди 112 (68 девушек и 44 юноши) учащихся 7-11 классов школ г.Саранск на вопрос «Используете ли Вы йодированную соль?» ответили «Да» - 27,7%, «Нет» - 72,3%. Большинство девушек ответили «Нет» (77,9%). Большинство юношей также ответили «Нет» (63,6%). На вопрос «Знаете ли Вы про масштабный дефицит йода у населения РФ, и чем он опасен?», ответ «Да» получен у 18,7% школьников, «Нет» у 81,3%. Большинство девушек не знают о масштабном дефиците йода (85,7%), у юношей также

преобладает ответ «Нет» (73%). Закон о всеобщем йодировании соли поддержали 33,6% опрошенных учащихся, не поддержали данный закон 66,4% (14,8% школьников «За», а 85,2% - против данного закона; 15,9% школьников «За» и 84,1% - против).

Количество опрошенных студентов составило - 61 человек, из которых 49 девушек и 12 юношей. На вопрос «Используете ли Вы йодированную соль?» ответили «Да» 36,07% респондентов, (36,7% девушек и 33,3% юношей). На вопрос «Знаете ли Вы про масштабный дефицит йода у населения РФ, и чем он опасен?», ответ «Да» - 85,25%, ответ «Нет» - 14,75% опрошенных. Большинство девушек (87,8%) знают о масштабном дефиците йода. У юношей также преобладает ответ «Да» - 75%. Закон о всеобщем йодировании соли поддержали 85,25% опрошенных студента. Преобладающее число студентов за принятие законопроекта о всеобщем йодировании соли (85,7% девушек и 83,3% юношей). Опрос среди студентов медицинского вуза показал наивысший процент согласия на принятие законопроекта о всеобщем йодировании соли (85,25%).

После проведения образовательных мероприятий ответы на вопросы анкеты выглядели следующим образом: 100% студентов и школьников знают о массовом дефиците йода среди населения, 59,8% школьников и 86,9% студентов используют йодированную соль, 81,25% школьников и 93,4% студентов за введение закона о всеобщем йодировании соли.

Вывод: Образовательные мероприятия среди школьников и студентов являются эффективным методом, способствующим массовой профилактике ЙДЗ.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА ФОНЕ СРАР-ТЕРАПИИ

Яндиева А. О., Овсянников К. В.

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

Цель: оценить динамику показателей качества жизни у пациентов с метаболическим синдромом (МС), страдающих средней и тяжелой формой синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), на фоне терапии постоянным положительным давлением в верхних дыхательных путях (СРАР).

Методы исследования: в исследование были включены 74 пациента, мужчин – 58 (78,4%), женщин 16 (21,6%) в возрасте $54,5 \pm 8,5$ лет, страдающих МС, диагностированным, согласно критериям АТР III (2005) и СОАС средней и тяжелой формы согласно критериям Американской академии медицины сна (AASM, 2012). Степень нарушения дыхания во сне выявлялась с помощью аппарата для проведения полной ночной полисомнографии Somté PSG (Comprimedics). Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью опросника SF-36 по 8 основным доменам исходно и на этапах 3 и 6 месяцев.

Пациенты были разделены на 2 группы, из них 36 пациентам (1 группа) помимо медикаментозного лечения проводилась СРАР-терапия в течение 6 месяцев. 38 пациентов (2 группа) получали стандартную лекарственную терапию и диетические рекомендации. Группы были сопоставимы по основным демографическим и клиническим показателям.

Результаты: в основной группе пациентов на фоне СРАР-терапии была отмечена положительная динамика показателей качества жизни. На фоне коррекции дыхательных нарушений повысилась физическая активность (PF) с уровня $54,3 \pm 7,2\%$ до $76,4 \pm 5,7\%$ ($p < 0,05$) через 3 месяца и $82,2 \pm 5,9\%$ ($p < 0,01$) через 6 месяцев лечения. Значительно снизилось влияние физических проблем на выполнение повседневных обязанностей, что отразилось на динамике показателя RF (Role-Physical Functioning). С начального уровня $39,8 \pm 9,4\%$ он вырос до $66,4 \pm 7,4\%$ на третьем ($p < 0,01$) и $82,3 \pm 4,1\%$ на шестом месяце СРАР-терапии ($p < 0,01$). Показатель общего здоровья (GH) через 3 месяца терапии составил

45,9±6,8% (p<0,01), через полгода 60,2±10,1% (p<0,01), в сравнении с исходным уровнем 31,4±4,6%. Уровень социально активности (SF) составил изначально 49,4±5,7%, в динамике 61,7±5,3% (p<0,05) и 82,5±6,1% (p<0,01) через 3 и 6 месяцев соответственно. Значение домена VT (vitality) было 52,6±6,9% (p<0,01) и 74±9,2% (p<0,01) через 3 и 6 месяцев соответственно, в сравнении с исходным 37,4±9,6%. Улучшился показатель RE (Role-Emotional) с исходного 36,3±9,8% до 63,8±7,9% (p<0,01) через 3 месяца и 90,1±8,4% (p<0,01) через полгода лечения. Показатель психического здоровья (MH) вырос со стартового уровня 43,4±7,6% до 62±8,2% (p<0,01) и 81,2±5,9% (p<0,01) через 3 месяца и полгода соответственно. Достоверного улучшения показателя ВР (Bodily Pain) не было отмечено на фоне 6 месяцев СРАР-терапии. У пациентов, не получавших СРАР-терапии статистически значимой динамики по исследуемым показателям не было зарегистрировано.

Выводы: длительная СРАР-терапия положительно влияет на общее состояние пациентов с МС и СОАС средней и тяжелой степени, что приводит к достоверному улучшению показателей качества жизни.