

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Представительство Президента РФ в Северо-Кавказском федеральном округе России
Министерство здравоохранения Ставропольского края
Ставропольский государственный медицинский университет
Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины
Ассоциация кардиологов и терапевтов Кавказа
Фонд содействия развитию кардиологии “Кардиопрогресс”



**VIII НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КАРДИОЛОГОВ И
ТЕРАПЕВТОВ КАВКАЗА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 80-ЛЕТИЮ СТАВРОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

18-19 октября 2018 г

г. Ставрополь

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Специальный выпуск журнала
Кардиоваскулярная терапия и профилактика,
2018; 17 (октябрь)

CLINICAL AND FUNCTIONAL STATE OF HEPATOBILIARY SYSTEM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

**Antoniadi I.V., Totrov I.N., Enaldieva R.V., Ambalova S.A., Kupeeva A.M.
North Ossetian State Medical Institute (SOGMA), Department of internal medicine №1,
Vladikavkaz, Russia**

Introduction. Among the non-articular manifestations of rheumatoid arthritis (RA), the state of the hepatobiliary system (HBS) is the least studied. Clinical experience, however, indicates the presence of these patients with pathological changes in HBS varying degrees of severity. Apparently, there is a pathogenetic conditionality of HBS lesions in RA, as well as their connection with hepatotoxicity of almost all drugs used in the treatment of RA.

The purpose of the study: to study the clinical-functional status of HBS patients with RA.

Material and methods. 65 RA patients were examined—7 men and 58 women who were treated in the Rheumatology Department of SOGMA. The average age of patients was 40 years. In 50 patients (76.9%) moderate RA activity and slowly progressive course of the disease were determined. Systemic manifestations were revealed in 17 (26.1%) patients. All patients underwent General clinical studies, liver function tests, ultrasound examination of the liver and gallbladder.

Results. Normal bilirubin levels were found in 65 (100%), increased alanine and aspartate aminotransferase (ALT and AST) in 18 and 13 (27.6% and 20%, respectively), alkaline phosphatase (Aph) in 15 (23%), cholinesterase (CE) in 7 (10.7%), thymol sample in 22 (33.8%), total protein and lactate dehydrogenase (LDH) in 5 (7.7%) patients. The cholesterol level of RA patients was significantly ($p < 0.05$) lower than in the control group. The defeat of the biliary tract in RA was characterized by a mild pain syndrome, and more often by its absence, which creates certain difficulties in the diagnosis. In 55 (84.6%) patients hepatic and gallbladder ultrasonography was performed. The revealed changes: heterogeneity of the structure in 48 (87.3%), liver compaction in 51 (92.7%), increase in the size of the right in 47 (85.4%) and left lobes in 43 (78.2%); expansion of the diameter of intrahepatic vessels in 7 (12.7%) were regarded by us as probable signs of hepatitis with low activity and the manifestation of rheumatoid vasculitis (with changes in vascular pattern). An increase in the size of the gallbladder in 80%, changes in its shape (bend in the neck) in 58.3%, wall thickening in 72.3% indicate the development of biliary dyskinesia.

Conclusions. The revealed changes indicate the involvement of HBS in the pathological process in RA and necessitate the inclusion of hepatoprotective drugs in the complex treatment, preventing the progression of its pathology and the development of possible complications.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ НА ЭКТОПИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ЭПИЗОДА ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Абдуллаев Р.Ф., Кулиева А.Д., Гусейнзаде Р.Р.
НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан**

Целью исследования явилось изучение влияния препаратов магния на частоту и характер нарушений ритма сердца и показатели сегмента ST у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 49 больных с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК (средний возраст $50,2 \pm 3,0$ лет). Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа состояла из 28 (основная), 2-я (контрольная) из 21 больного. Обе группы по количеству и тяжести нарушений ритма сердца и смещению сегмента ST полученные на первом Холтеровском мониторировании (ХМ) ЭКГ были сопоставимы между собой и находились на базисной стандартной антиангинальной терапии. Основная группа помимо базисной терапии получала препарат Магнерот в течение 12 недель. Контрольная группа только базисную терапию.

Результаты. По истечению 12 недельного лечения в основной группе на фоне лечения препаратом Магнерот, количество суправентрикулярных аритмий уменьшилась на 42,1%, а в контрольной на 30,0%; $p < 0,05$). В обеих группах больных наблюдалось также уменьшение и желудочковых аритмий. В основной группе на 50,1%, а в контрольной - на 16,1% случаев $p < 0,01$.

При сравнительном анализе влияние препарата Магнерот на эпизоды ишемии миокарда установлено, что у больных основной группы отмечалось достоверное уменьшение количество эпизодов ишемии (53,3 и 30,1%; $p < 0,05$), величины суммарного смещения сегмента ST (57,8 и 26,3%; $p < 0,05$) и средней продолжительности эпизодов ишемии (46,0% и 26,7%; $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, лечение препаратом Магнерот на фоне базисной антиангинальной терапии у больных стабильной стенокардией оказывает дополнительное положительное влияния как на частоту и характер нарушений ритма, так и на эпизоды ишемии миокарда, чем у больных, не принимавших препараты магния.

ПАРАМЕТРЫ СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ, ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Акимов А.М.^{1,2}, Каюмова М.М.^{1,2}, Гафаров В.В.², Кузнецов В.А.¹

¹ - Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

² - Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук»)

Новосибирск, Томск, Тюмень, Россия

Цель: изучение ответственности, как одного из параметров стресса на рабочем месте, у мужчин и женщин открытой городской популяции в гендерном аспекте (на модели г. Тюмень).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на открытой популяции 25-64 лет среди лиц обоего пола

трудоспособного возраста г. Тюмени. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка в количестве 2000 человек, по 250 человек в каждой из восьми поло-возрастных групп (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 77,7 %. Для анализа стресса на работе использовалась анкета (ВОЗ) МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью». В настоящем исследовании для определения стресса на рабочем месте использовались вопросы анкеты, касающиеся ответственности на работе. Математическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ статистической обработки медицинской информации SPSS, версия 11.5, STATISTICA 7.0

Результаты. На вопрос «Изменилась ли Ваша ответственность на работе в течение последних 12-ти месяцев?» статистически значимые различия (в пользу женщин) отмечались в молодом возрасте (25-34 лет: 37,5% – ;54,9%; 35-44 лет: 39,5% – 53, 1% у мужчин и женщин соответственно, $p<0,01$). В течение последних 12-ти месяцев ответственность своей работы оценили как «незначительную» соответственно 7,9% мужчин и 3,4% женщин открытой популяции, $p<0,001$. Аналогичные тенденции у мужчин и женщин в отношении этой категории ответов наблюдались и в возрастных группах 25-34 лет (5,7% – 0,8%, $p<0,05$) и 55-64 лет (18,7% – 3,7%, $p<0,001$). Оценка ответственности своей работы в течение последних 12-ти месяцев как «высокая» существенно чаще встречалась у женщин по сравнению с мужчинами в популяции в целом (53,6% – 45,2%, $p<0,001$) и в старшей возрастной группе 55-64 лет (52,8% – 32,7%, $p<0,001$). Заключение. Таким образом, при создании информационно-образовательных технологий по профилактике ССЗ для взрослого населения города приоритетная ориентация должна быть направлена на потребности групп «социального риска» в популяции – женщин трудоспособного возраста, преимущественно молодых возрастных групп – 25-34 и 35-44 лет.

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Акимова Е.В.^{1,2}, Гакова Е.И.^{1,2}, Бессонова М.И.¹, Гафаров В.В.², Кузнецов В.А.¹

¹ - Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

² - Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний

(Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины –

филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения

«Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики

Сибирского отделения Российской академии наук»)

Новосибирск, Томск, Тюмень, Россия

Целью работы явилось установление гендерных различий отношения населения к своему здоровью в открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города.

Материалы и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено одномоментное эпидемиологическое исследование на двух репрезентативных выборках г.

Тюмени среди лиц мужского и женского пола 25-64 лет в количестве 2000 человек. Отклик на кардиологический скрининг составил среди мужчин 85,0%, среди женщин – 70,3%. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью». Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

Результаты исследования. Результаты анализа предложенной анкеты показали возможные варианты действий населения среднеурбанизированного сибирского города при появлении первых признаков нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Так, более половины населения, как мужчин (55,0%), так и женщин (56,7%) ответили, что они обратились бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обратились бы, если бы эта боль или неприятное ощущение были слабо выражены. Мужчины существенно чаще сравнительно с женщинами готовы были обратиться к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца (32,5% – 27,9%, $p < 0,05$). Кроме того, статистически значимые различия найдены и при анализе ответов, касающихся категорически отрицательно настроенных мужчин и женщин к обращению за медицинской помощью, то есть тех, кто не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца. Таких мужчин в общей популяции оказалось существенно меньше по сравнению с женщинами (3,1% – 6,1%, $p < 0,01$), различия сохранялись в старшей возрастной категории 55-64 лет (1,9% – 6,5%, $p < 0,05$). Вместе с тем, лиц, регулярно проверяющихся у врача вне зависимости от каких-либо болей или неприятных ощущений в области сердца, в популяции оказалось менее 10%.

Заключение. Таким образом, в открытой городской популяции менее 10% населения проходят профилактическую проверку болезней сердца. У мужчин, преимущественно старшего возраста, установлено более ответственное отношение к своему здоровью по сравнению с женщинами.

ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА, ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

**Акимова Е.В.^{1,2}, Гакова Е.И.^{1,2}, Бессонова М.И.¹, Каюмова М.М.^{1,2}, Гафаров В.В.²,
Кузнецов В.А.¹**

¹ - Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

² - Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук»)

Новосибирск, Томск, Тюмень, Россия

Целью работы явилось установление гендерных различий по параметрам объективно-субъективного показателя здоровья в открытой городской популяции 25-64 лет – отношения населения к медицинскому обслуживанию.

Материалы и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено одномоментное эпидемиологическое исследование на двух репрезентативных выборках г. Тюмени среди лиц мужского и женского пола 25-64 лет в количестве 2000 человек. Отклик на кардиологический скрининг составил среди мужчин 85,0%, среди женщин – 70,3%. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью». Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

Результаты исследования. В открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города женщины существенно чаще доверяли мнению врача без каких-либо дополнительных исследований, статистически значимые гендерные различия по этому вопросу отмечались по общепопуляционному показателю (31,3% – 42,2%, $p < 0,001$), в старших возрастных группах 45-54 ($p < 0,05$), 55-64 лет ($p < 0,001$) и в младшей возрастной категории 25-34 лет ($p < 0,01$). В противовес с этим, около половины мужчин открытой популяции не могли согласиться с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования, тогда как таких женщин выявлено существенно меньше (47,6% – 32,3%, $p < 0,001$), статистически значимые различия сохранялись во всех возрастных категориях. На вопрос по поводу возможных полученных приятных переживаний, связанных с медицинским обслуживанием, ответ «никогда» дали более 20% мужчин и 30% женщин, статистически значимые гендерные различия выявлены по общепопуляционному показателю ($p < 0,001$) и в возрастной категории 35-44 лет ($p < 0,001$). Вместе с тем, мужчины существенно чаще, сравнительно с женщинами в общей популяции, давали положительные ответы по поводу приятных переживаний, связанных с медицинским обслуживанием: «несколько раз» (41,2% – 35,7%, $p < 0,05$) и часто (13,4% – 9,4%, $p < 0,05$), статистически значимые различия по этому вопросу сохранялись в молодом и среднем возрасте.

Заключение. Таким образом, в открытой городской популяции выявлено большее доверие врачу среди женщин, приверженность к дополнительным диагностическим методам – среди мужчин независимо от возраста. Положительное отношение к медицинскому обслуживанию оказалось более характерным для мужчин.

**СТАТИНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КОРНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ,
ПОДВЕРГШИХСЯ СТЕНТИРОВАНИЮ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

**Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Узатов Ж.К., Азизов Ш.И., Сайфиев
Н.Я., Каримова Д., Иминова Д.А.**

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

Цель: изучение вазопротективных и антиатеросклеротических свойств аторвастатина у больных коронарной болезнью сердца(КБС) с атеросклеротическим поражением сонных артерий(СА), подвергшихся стентированию коронарных артерий(КА)

Методы исследования. Наблюдали 30 пациентов(26 мужчин 4 женщины) КБС, стабильной стенокардией III функционального класса с атеросклеротическим поражением СА(толщина интима-медиа(ТИМ), атеросклеротическая бляшка(АСБ) по данным дуплексного сканирования. Средний возраст - $55,1 \pm 7,4$ лет, длительность заболевания от 1 года до 8 лет. После проведенной коронароангиографии больные подвергнуты стентированию КА DES стентами и принимали аторвастатин в дозе 20–40 мг в сутки, антиагреганты(аспирин и клопидогрел), бета-блокаторы.

Результаты. Нарушения липидного профиля выявлены у 75%, в т. ч. гиперхолестеринемия у 88,7%, гипертриглицеридемия – у 45%, повышение уровня липопротеинов низкой плотности(ЛПНП) – у 55%. На фоне лечения аторвастатином (средняя доза составила $25,0 \pm 5,2$ мг/сут) отмечено достоверное снижение уровней общего холестерина(ОХС), ХСЛПНП, триглицеридов(ТГ), а также небольшое увеличение уровня ХСЛП высокой плотности. Целевого уровня ХС достигли 82% обследованных, ТГ–76%, ХСЛПНП – 87% пациентов. У больных с атеросклерозом СА уже через 3 месяца отмечено снижение показателя ТИМ на стороне поражения и, особенно, к концу 6 месяцев лечения. Динамика уровней интерлейкина-6(ИЛ-6) и С-реактивного белка(СРБ) у пациентов с разным типом бляшек отражала общую клиническую картину пациентов с атеросклерозом СА. В группе пациентов с мягкими бляшками статистически значимая динамика наблюдалась для обоих показателей воспаления; однако в группе пациентов с плотными бляшками отмечено достоверное снижение только уровня СРБ, а уровень ИЛ-6 оставался повышенным. Трансформация бляшки из мягкой в плотную, позволяет снизить риск развития повторного стеноза и инсульта. На фоне противовоспалительного действия аторвастатина отмечена трансформация мягких бляшек в плотные. Отмечены улучшение вазодилатирующей способности, уменьшение продукции провоспалительных цитокинов, регресс толщины комплекса ТИМ и объема атеросклеротических бляшек. 14 мягкие бляшки трансформировались в однородные плотные. При этом наиболее значительно снижался уровень СРБ, тогда как изменение ИЛ-6 было статистически недостоверным.

Выводы. Своевременное и адекватное лечение аторвастатином и антиагрегантами(аспирин и клопидогрел) позволяет проводить успешную профилактику рестенозов не только стентов, но и других кардиоваскулярных осложнений у больных КБС с каротидным атеросклерозом после стентирования.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ
МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ НА
ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С УЧЕТОМ ПРИМЕНЕНИЯ
РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Андреева Е.И., Аракелян Р.И., Андреева Е.А.

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Ставрополь, Россия**

Цель: оценить при помощи данных МСКТ показатели объема абдоминальной (V АЖТ, см³), висцеральной (V ВЖТ, см³) и подкожной (V ПЖТ, см³) жировой ткани у пациентов с ГЭРБ и ожирением на фоне СД 2 типа с использованием различных схем гипогликемической терапии до и через 6 месяцев от начала лечения.

Методы исследования: нами было проанализировано 200 историй болезни пациентов с основным диагнозом «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь».

Исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от вида терапии: 1 группа – ГЭРБ в сочетании с ожирением и СД 2 типа (лечение: метформин+омепразол), 2 группа – ГЭРБ в сочетании с ожирением и СД 2 типа (лечение: омепразол+эксенатид), 3 группа – ГЭРБ и ожирение (лечение: омепразол), 4 группа – здоровые добровольцы. Возраст больных всех групп, а также практически здоровых добровольцев составил от 30 до 60 лет. Среди пациентов с ГЭРБ было 78 мужчин и 122 женщин, средний возраст всех больных был 55,7±6,8 лет; здоровые добровольцы были представлены 30 женщинами и 20 мужчинами, средний возраст добровольцев был 48,1±2,9. Длительность СД от постановки диагноза и до включения в исследования не превышала 3-х лет. У всех пациентов был СД 2 типа, не нуждающихся в инсулинотерапии в стадии компенсации, что постоянно мониторировалось по уровню глюкозы и гликированного гемоглобина крови. У всех пациентов с ожирением констатировался алиментарно-конституциональный характер его с абдоминальным типом локализации, гипертрофическим по морфологии.

Полученные результаты: в результате, анализируя полученные данные, следует отметить достоверное повышение исследуемых показателей в группах пациентов с ожирением: 1 группа-V АЖТ 989,7±51,1 см³, V ВЖТ 405,2±61,0 см³, V ПЖТ 562,1±49,7 см³, 2 группа-V АЖТ 955,6±64,6 см³, V ВЖТ 418,7±52,4 см³, V ПЖТ 566,9±44,1 см³, 3 группа-V АЖТ 918,4±48,8 см³, V ВЖТ 342,1±46,4 см³, V ПЖТ 496,73±33,8 см³. Через 6 месяцев после лечения получены следующие данные: 1 группа-V АЖТ 956,8 ±58,3 см³, V ВЖТ 398,7±52,3 см³, V ПЖТ 526±54,7 см³, 2 группа-V АЖТ 896,3±49,4 см³, V ВЖТ 357,6±49,7 см³, V ПЖТ 501,9±52,2 см³, 3 группа-V АЖТ 910,3±75,8 см³, V ВЖТ 325,1±42,3 см³, V ПЖТ 488±43,6 см³ (p<0,05). При этом, анализируя результаты проведенного лечения, следует отметить наиболее выраженный результат в группе пациентов с ГЭРБ и ожирением на фоне сахарного диабета 2 типа, получающих эксенатид (2 группа).

Выводы: таким образом, можно свидетельствовать об эффективности терапии с использованием эксенатида, так как зарегистрированное снижение показателей, в том числе и висцерального жира, способствует более эффективному лечению ГЭРБ. Данный факт может быть связан с механизмом действия препарата и подавлением аппетита, что, на фоне ожирения, обеспечивает более приемлемый результат лечения.

СНИЖЕНИЕ ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Бабкин А.П., Провольнева Л.П., Бредихин С.В., Степанова Л.А., Козлов Ю.С.
Воронежский медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия
Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия**

Цель. Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом

Материал и методы. В исследование включено 53 больных, страдающих ожирением 1-3 стадии и артериальной гипертензией I-II ст (ср. возраст больных 58,9±5,56 лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники № 4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст, 10- второй ст. и 16 больных третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность языка в двукратно возрастающих концентрациях с 0,3% до 4,8% . За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике Henkin R, 1961. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 15 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ < 25 (ср возраст 46,18 ±3,36 лет).

Результаты. ПВЧГ к глюкозе в контрольной группе составил 1,82±0,3 % раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст ожирения - 3,2±0,5% (p< 0,05) и 3-й ст. ожирения 3,82±0,3 % (p<0,05). При опросе больных выяснено, что 64 % больных 1 ст. ожирения и 83% 2 ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы (p < 0,05). ПВЧПС в контрольной группе составил (0,39 ±0,03 %) и оказался ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3 ст. - 0,45±0,03%, 0,5±0,04%, 0,48±0,04% (p < 0,05) соответственно. Досаливание пищи отметили 30%, 22% и 50 % больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й степенью ожирения составило 132,8±2,4 мм рт. ст., диастолическое АД - 86.9±1,75 мм рт.ст., 2-й ст.- 139,6±3,9 мм рт.ст. и 86,0±4,0 мм рт.ст., 3-й ст. - 142,4±3,1 мм рт.ст. и 89,1±2,9 мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило 124,3±2,8 мм рт.ст., диастолическое - 83,6±2,1 мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД. Выводы. 1. Повышение порога чувствительности к сладкому можно рассматривать как возможную причину увеличению потребления углеводов в суточном рационе питания и развития ожирения.

2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может свидетельствовать об увеличении суточного потребления соли и способствовать формирования артериальной гипертензии.

СНИЖЕНИЕ ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Бабкин А.П., Провольнева Л.П., Бредихин С.В., Степанова Л.А., Козлов Ю.С.
Воронежский медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия
Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия**

Цель. Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом

Материал и методы. В исследование включено 53 больных, страдающих ожирением 1-3 стадии и артериальной гипертензией I-II ст (ср. возраст больных 58,9±5,56 лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники № 4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст, 10- второй ст. и 16 больных третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность языка в двукратно возрастающих концентрациях с 0,3% до 4,8% . За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике Henkin R, 1961. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 15 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ < 25 (ср возраст 46,18 ±3,36 лет).

Результаты. ПВЧГ к глюкозе в контрольной группе составил 1,82±0,3 % раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст ожирения - 3,2±0,5% (p< 0,05) и 3-й ст. ожирения 3,82±0,3 % (p<0,05). При опросе больных выяснено, что 64 % больных 1 ст. ожирения и 83% 2 ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы (p < 0,05). ПВЧПС в контрольной группе составил (0,39 ±0,03 %) и оказался ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3 ст. - 0,45±0,03%, 0,5±0,04%, 0,48±0,04% (p < 0,05) соответственно. Досаливание пищи отметили 30%, 22% и 50 % больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й степенью ожирения составило 132,8±2,4 мм рт. ст., диастолическое АД - 86.9±1,75 мм рт.ст., 2-й ст.- 139,6±3,9 мм рт.ст. и 86,0±4,0 мм рт.ст., 3-й ст. - 142,4±3,1 мм рт.ст. и 89,1±2,9 мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило 124,3±2,8 мм рт.ст., диастолическое - 83,6±2,1 мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД. Выводы. 1. Повышение порога чувствительности к сладкому можно рассматривать как возможную причину увеличению потребления углеводов в суточном рационе питания и развития ожирения.

2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может свидетельствовать об увеличении суточного потребления соли и способствовать формирования артериальной гипертензии.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ПОДХОДА К ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Бабкин А.П., Гладких В.В., Зуйкова А.А.

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

Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель. Изучить эффективность определения солечувствительности АД для оптимизации антигипертензивной терапии у больных АГ высокого риска.

Материал и методы. Обследовано 44 пациента (14 мужчин и 30 женщин, ср. возраст $58,7 \pm 1,0$ лет) артериальной гипертензией и перенесшие (от 1 до 7 лет назад) ишемический инсульт. Длительность АГ $11,9 \pm 0,9$ лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 22 человека, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты 1-й группы в течение 3 мес. получали лизиноприл (10-20 мг в сутки), 2-й - комбинацию эналаприла 20-40 мг и 12,5 мг гипотиазида. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Солечувствительность АД оценивали по методике Weinberger M.N., 1986. Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт. ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием (250 ммоль) соли на низкосолеую (50 ммоль). Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты. Солечувствительный (СЧ) характер АД выявлен у 20 (50%) больных, сольрезистентный (СР) – у 20 (50%) Длительность АГ у СЧ больных составила $9,5 \pm 1,5$ лет, у СР- $12,2 \pm 1,7$ лет, $p > 0,05$. Суточная экскреция Na у СЧ больных составила $224,3 \pm 14,2$ ммоль против $184,1 \pm 13,2$ ммоль у СР ($p < 0,05$), что указывает на более высокое потребление пищевого натрия. В первой группе через 3 месяца терапии САДср. снизилось с $144,3 \pm 1,4$ до $128,8 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср.- с $85,0 \pm 1,5$ до $76,6 \pm 1,6$ ($p < 0,01$). У СР САДср. и ДАДср. снизилось достоверно более значительно, чем у больных СЧ – $17,6 \pm 1,9$ против $11,6 \pm 1,7$ ($p < 0,05$) и $9,1 \pm 1,1$ и $5,4 \pm 1,0$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$). В группе больных, получавших комбинированную терапию ИАПФ и мочегонным препаратом отмечено самое значительное снижение АД- САДср уменьшилось с $146,6 \pm 3,4$ до $128,8 \pm 3,0$, $p < 0,05$ и ДАДср – с $82,7 \pm 2,4$ до $71,2 \pm 2,0$ мм рт.ст, $p < 0,05$, при этом более значительный анигипертензивный эффект отмечен у сольчувствительных, чем у сольрезистентных больных: снижение САДср. составило $22,7 \pm 3,7$ и $13,9 \pm 3,1$ мм рт.ст.,соответственно, $p < 0,05$, ДАДср. – $13,9 \pm 1,8$ и $7,2 \pm 1,6$ мм рт. ст. соответственно, $p < 0,05$.

Выводы. 1.Исследованные антигипертензивных препаратов показали различную эффективности в зависимости от реакции АД на солевую нагрузку- лизиноприл показал наибольшую эффективность у сольрезистентных больных, комбинация эналаприла и гипотиазида обладают более выраженной антигипертензивной эффективностью у сольчувствительных больных.

2. Оценка солечувствительности АД может быть использована для оптимизации выбора индивидуальной антигипертензивной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С РАЗЛИЧНЫМ ПОРОГОМ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Бабкин А.П., Игнатова Е.В., Зуйкова А.А., Гулая Г.И., Козлов Ю.С.

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

Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель - на основе определения вкусовой чувствительности к поваренной соли оценить эффективность антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов (38 мужчин и 30 женщин, ср возраст $50,1 \pm 1,1$ лет), страдавших сахарным диабетом II типа в сочетании артериальной гипертензией I-II ст. Больные рандомизированы на 3 группы. Первая гр. (22 больных) получала эналаприл (10-20 мг в сутки), вторая (23 больных) – моксонидин 0,4-0,6 мг, третья (23 больных) комбинацию периндоприла 5 мг индапамида 1.25 мг. Длительность терапии составила 3 мес. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) определяли по методике R.Henkin (1963). За низкий ПВЧПС принимали значения ПВЧ менее 0,16% раствора NaCl, средний – 0,16%, и высокий ПВЧ – 0,32% и выше. Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты. Экскреция натрия с мочой у больных с низким, средним и высоким ПВЧПС составила $190,2 \pm 18,3$, $158,4 \pm 22,2$ и $272,7 \pm 25,3$ ммоль/сутки соответственно, ($p < 0,05$), что указывает на более значительное потребление NaCl у больных с высоким ПВЧПС. В 1-й группе САДс снизилось с $142,4 \pm 1,2$ до $131,0 \pm 2,4$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАДс - с $76,93 \pm 1,2$ до $71,25 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). В подгруппах с низким (Н), средним, и высоким ПВЧПС абсолютное снижение САДср. составило $17,0 \pm 4,2$, $15,75 \pm 3,8$ и $2,5 \pm 3,6$, ДАДср. $9,75 \pm 2,3$, $4,5 \pm 3,1$ и $1,44 \pm 3,2$ мм рт.ст. соответственно. Во 2-й группе САДср. снизилось с $144,7 \pm 2,9$ до $132,96 \pm 3,6$ мм рт. ст ($p < 0,05$), ДАДср. - с $83,96 \pm 1,2$ до $80,0 \pm 1,3$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Абсолютное снижение САДср. у больных с низким, средним и высоким ПВЧПС составило $18,8 \pm 4,3$, $9,0 \pm 3,7$ и $5,5 \pm 2,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАДср. $-3,8 \pm 1,1$, $3,6 \pm 1,6$ и $2,2 \pm 1,0$ мм рт. ст ($p > 0,05$) соответственно. В 3-й гр. САДср. снизилось с $152,4 \pm 3,2$ до $133,1 \pm 3,0$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАДср – с $90,6 \pm 3,6$ до $78,0 \pm 4,6$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). У больных с низким средним и высоким ПВЧПС абсолютное снижение САДср составило $27,8 \pm 5,0$, $20,8 \pm 4,5$ и $10,78 \pm 4,12$ мм рт. ст., ДАДср.- $12,6 \pm 3,5$ $11,2 \pm 2,2$ $3,8 \pm 1,4$ мм рт. ст. соответственно.

Выводы. 1. Исследование вкусовой чувствительности к поваренной соли позволяет выявить пациентов с различной эффективностью антигипертензивной терапии.

2. У пациентов с высоким ПВЧПС эффективная антигипертензивная терапия при использовании комбинированной терапии с включением диуретических препаратов.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ: ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Выявить особенности клинических проявлений и лабораторных показателей у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) 1 типа.

Методы исследования. На базе специализированного эндокринологического отделения наблюдали 17 пациентов с впервые выявленным СД I типа: 9 женщин (53%) и 8 мужчин

(47%), средний возраст у мужчин и женщин - $39,71 \pm 12,7$ лет, средние значения ИМТ - $22,61 \pm 3,39$ кг/м². Обследование включало сбор анамнеза (наследственность по СД, наличие сопутствующих заболеваний) и клинический осмотр. Лабораторные методы: определение глюкозы крови натощак и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), креатинина крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурии (МАУ), протеинурии, ацетона в моче. Инструментальные методы: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости. Все пациенты осмотрены невропатологом и окулистом. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M - среднестатистическое значение, σ - стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Все пациенты с впервые выявленным СД 1 типа при поступлении отмечали жалобы на сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, потерю веса, слабость, но по тяжести состояния не нуждались в лечении в палате интенсивной терапии. У 6% выявлена отягощенная наследственность по СД 1 типа, у 41% наследственность отягощена по СД 2 типа. Сопутствующая патология: хронический гастрит (35%), хронический пиелонефрит (23%), патология щитовидной железы (6%), феохромоцитома (6%). Средний уровень гликемии натощак исходно $15,95 \pm 4,9$ ммоль/л, при выписке из стационара - $5,6 \pm 0,6$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). Поступили без кетонурии 12% больных, у 6% кетонурия (+), у 29% кетонурия (++) , у 35% кетонурия (+++) и у 18% кетонурия (++++). Уровень постпрандиальной гликемии исходно $19,4 \pm 1,2$ ммоль/л, при выписке $8,2 \pm 0,2$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). При поступлении HbA1c - $11,7 \pm 2,3\%$, ХС - $6,12 \pm 1,6$ ммоль/л, ТГ - $1,34 \pm 0,5$ ммоль/л, СКФ - $114,56 \pm 36,5$ мл/мин., у 12% отмечалась МАУ. Неврологических нарушений и диабетических поражений сетчатки не выявлено. Всем пациентам назначена инсулинотерапия, средняя суточная доза инсулина короткого действия составила $22,94 \pm 7,15$ ед., инсулина продленного действия - $15,18 \pm 6,3$ ед.

Выводы. При манифестации СД 1 типа не выявлено гендерных особенностей заболевания. Генетическая предрасположенность по СД 1 типа отмечается лишь у 6% пациентов, более трети пациентов имеют отягощенную наследственность по СД 2 типа. При манифестации СД 1 типа отмечается выраженная декомпенсация заболевания с высоким значением HbA1c. У 12% пациентов уже отмечаются начальные проявления микроангиопатии в виде микроальбуминурии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ И АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Представить характеристику диабетической полинейропатии (ДПН) и ангиопатии нижних конечностей у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. Обследовано 50 пациентов с СД 2 типа, проходивших стационарное лечение в эндокринологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ г. Иваново. Среди них 28 (56%) женщин и 21 (44%) мужчина, средний возраст составил $57,36 \pm 7,4$ лет, длительность СД $10,56 \pm 4,2$ лет. Выраженность ДПН оценивалась с помощью Шкалы NSS (Neurological Symptom Score) и шкалы TSS (Total Symptom Score). Всем пациентам определяли пульсацию на артериях стопы (a.dorsalis pedis). По результатам ультразвукового сканирования сосудов нижних конечностей (аппарат Sono Site Micro Maxx) оценивали состояние кровотока, наличие атеросклеротических бляшек в артериях нижних конечностей. Также исследовали проходимость глубоких и поверхностных вен, их просвет и компрессию. Определяли лодыжечный индекс давления (ЛИД). Статистический анализ проводили с помощью программы Word Excel.

Результаты. По шкале NSS установлено, что симптомы ДПН у 22% больных СД 2 типа выражены незначительно, умеренно выражены - у 36% больных, тяжелая ДПН выявлена у 42% больных. При определении пульсации на a.dorsalis pedis выявлено, что у большинства (82%) пациентов с СД 2 типа пульсация снижена, сохранена лишь у 18% пациентов.

По данным ультразвукового сканирования атеросклероз сосудов нижних конечностей выявлен у 60% пациентов с изменением у большинства из них (72%) дистального кровотока. У 10% отмечался стеноз сосудов до 30%, у 16% больных - стеноз 30-40%, у 12% больных - стеноз более 40%. Варикозное расширение притоков подкожных вен выявлено у 18% пациентов. У 36% пациентов ЛИД ≥ 1 (среднее значение $1,19 \pm 0,15$), у 64% - ЛИД $< 1,0$ (среднее значение $0,81 \pm 0,08$). По данным ультразвукового сканирования лишь у 12% больных СД 2 типа не обнаружено патологических изменений в сосудах нижних конечностей.

Выводы. У пациентов с СД 2 типа отмечается высокая частота диабетической полинейропатии различной степени выраженности, более трети из них имеют тяжелую степень диабетической полинейропатии.

У абсолютного большинства пациентов снижена пульсация на артериях стопы, отмечается нарушение дистального кровотока в сосудах нижних конечностей, более трети имеют стенозирование сосудов нижних конечностей. Особенностью атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей при СД 2 типа является дистальный тип поражения артерий.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СИБУТРАМИНОМ И МЕТФОРМИНОМ У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ

Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения комбинации редуксина и метформина у женщин с абдоминальным типом ожирения.

Методы исследования. Наблюдали 37 женщин от 23 до 45 лет (средний возраст - $39,3 \pm 5,3$ лет), средние значения веса - $96,3 \pm 16,2$ кг, индекса массы тела (ИМТ) - $34,9 \pm 4,4$ кг/м²,

объема талии (ОТ) - $102,9 \pm 9,9$ см., отношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) - $0,94$, систолического артериального давления (САД) - $128,7 \pm 5,2$ мм рт.ст., диастолического АД - $88,6 \pm 4,5$ мм рт.ст. В течение 6 месяцев пациентки получали метформин в дозе 500 мг в сутки. Далее к терапии метформином 500 мг в сутки дополнительно в течение 6 месяцев назначали сибутрамин в дозе 10 мг в сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии контролировали АД, клиническое состояние, уровень HbA_{1c}, общего холестерина (ХС), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows XP. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M - среднестатистическое значение, σ - стандартное отклонение. Различия при $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. У женщин с абдоминальным типом ожирения отмечалась различная степень тяжести ожирения: 1 степень (61,5%), 2 степень (30,8%), 3 степень (7,7%). Большинство пациенток имели отягощенную наследственность по ССЗ (94,6%), артериальной гипертензии (95%), СД 2 типа (60%). Из сопутствующих заболеваний: смешанный эутиреоидный зоб (19,3%), синдром поликистозных яичников (15,4%). Через 6 месяцев терапии сибутрамином и метформином в комбинации отмечалась положительная динамика снижения ИМТ от $34,7 \pm 3,5$ кг/м² до $30,2 \pm 3,9$ кг/м² ($p < 0,05$) и ОТ - с $101,4 \pm 4,9$ см до $95,6 \pm 8,8$ см ($p < 0,05$). Эффективность сибутрамина и метформина в комбинации оказалась выше, чем применение метформина в монотерапии. Через 6 месяцев применения комбинации сибутрамина и метформина не выявлено ухудшения состояния углеводного обмена: HbA_{1c} от $4,29 \pm 0,1\%$ до $4,1 \pm 0,2\%$, ($p = 0,34$) и липидного обмена: ХС от $4,64 \pm 0,4$ ммоль/л до $4,5 \pm 0,21$ ммоль/л, ($p = 0,42$). Не отмечалось изменений АСТ от $21,9 \pm 0,4$ до $19,9 \pm 0,37$, ($p = 0,72$), АЛТ от $24,2 \pm 0,23$ до $24,3 \pm 0,45$, ($p = 0,78$), САД от $120,0 \pm 5,2$ мм рт.ст. до $118,3 \pm 6,2$ мм рт.ст., ($p = 0,3$).

Выводы. У большинства женщин с абдоминальным типом ожирения отмечается отягощенная наследственность по артериальной гипертензии, ССЗ и СД 2 типа. Комбинированная терапия сибутрамином и метформином в течение 6 месяцев является безопасным и более эффективным методом лечения женщин с абдоминальным типом ожирения, чем применение метформина в виде монотерапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ В МАЛЫХ ДОЗАХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Изучить эффективность и безопасность длительной терапии аторвастатином в малых дозах у больных СД 2 типа с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени и дислипидемией.

Методы исследования. Наблюдали 135 больных СД 2 типа с АГ и дислипидемией, из них 100 женщины и 35 мужчин в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст $67,0 \pm 1,1$ лет), продолжительность СД от 3 до 18 лет (в среднем $12,0 \pm 1,1$ лет), индекс массы тела (ИМТ) - $28,8 \pm 3$ кг/м². Длительность АГ 1-2 степени от 8 до 12 лет (в среднем $9,5 \pm 2,3$ года), средние значения АД - $165/85 \pm 1,3$ мм рт.ст.). Определяли уровень гликемии, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и триглицеридов (ТГ). Всем пациентам проводилась комбинированная антигипертензивная и таблетированная сахароснижающая терапия. Безопасность проводимой терапии контролировали с помощью мониторинга аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью методов вариационной статистики с использованием электронной программы Microsoft для Excel Windows XP. Результаты представляли в виде $M \pm m$, где M - среднестатистическое значение, m - стандартное отклонение. Различия при $p < 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Результаты. У всех пациентов основной группы через 5 лет терапии аторвастатином в суточной дозе 10-20 мг отмечалось достоверное снижение показателей атерогенных липидов: уровень ОХС снизился на 34,9% с $7,3 \pm 0,15$ до $4,75 \pm 0,19$ ($p < 0,0001$), ХС ЛПНП - на 44,8% с $5,4 \pm 0,14$ до $2,98 \pm 0,18$ ($p < 0,0001$), ТГ - на 21,1% с $2,51 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), КА - на 33,3% ($p < 0,0001$). Уровень ХС ЛПВП повысился на 10,2% ($p < 0,01$). Целевой уровень ОХС менее 4,5 ммоль/л и ХС ЛПНП менее 2,5 ммоль/л достигнут у 92 из 135 больных (68%) через 6-8 недель терапии на фоне суточного приема 20 мг аторвастатина и стабильно наблюдался в течение 5 лет. Терапия аторвастатином в малых дозах хорошо переносилась, повышения уровня трансаминаз на фоне терапии не выявлено.

Выводы. Аторвастатин в дозе 10-20 мг в сутки у больных СД 2 типа, АГ 1-2 степени и дислипидемией эффективно снижает уровень ОХС, ХС ЛПНП и ТГ, 20 мг препарата в сутки позволяет достичь у 68% пациентов целевых уровней липидов. Аторвастатин в невысоких дозах безопасен при длительном применении, хорошо переносится и может быть рекомендован пациентам СД 2 типа, АГ 1-2 степени и дислипидемией в повседневной клинической практике врачей различных специальностей: кардиологов, терапевтов, эндокринологов, неврологов.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА РИСК РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава
России, Иваново, Россия**

Цель. Изучить влияние длительной терапии аторвастатином на риск развития кардиоваскулярных событий у больных СД 2 типа

Методы исследования. В течение 5 лет наблюдали 190 больных СД 2 типа, из них 156 женщин и 34 мужчин в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст $67,8 \pm 1,2$ года) и

дислипидемией. Продолжительность СД колебалась от 4 до 18 лет (в среднем $12,4 \pm 1,1$ лет), средние значения индекса массы тела (ИМТ) - $28,8 \pm 3$ кг/м². У всех пациентов отмечалась артериальная гипертензия (АГ) 1-2 степени (средние значения АД - $165/85 \pm 1,3$ мм рт.ст.), длительность АГ составила от 8 до 12 лет (в среднем $9,5 \pm 2,3$ года). Все пациенты разделены на 2 группы: 1 группа (основная) включала 135 больных в возрасте 60-82 года, которым в течение 5 лет проводилась терапия аторвастатином 10-20 мг (средняя суточная доза - 15,3 мг), 2 группа (группа сравнения) - 55 больных в возрасте 60-80 лет не получала гиполипидемическую терапию ввиду противопоказаний. Группы наблюдения сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, степени АГ, тяжести и длительности СД, типу дислипидемии, наличию факторов риска (семейный анамнез по ССЗ и курение), характеру микро - и макрососудистых осложнений СД. Концентрацию глюкозы капиллярной крови определяли натощак глюкозооксидазным методом. Уровень общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) определяли стандартным ферментативным методом. Безопасность проводимой гиполипидемической терапии контролировали с помощью мониторинга печеночных ферментов - аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). Клинический осмотр и лабораторные исследования проводились каждые 1-3 месяца наблюдения, инструментальные методы и осмотры специалистов - ежегодно. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel Windows XP. Результаты представляли в виде $M \pm m$, где M - среднестатистическое значение, m - стандартное отклонение. Различия при $p < 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Результаты. В течение 5 лет наблюдения у 16 (12%) пациентов основной группы зарегистрированы ассоциированные клинические состояния (ИБС, стенокардия напряжения 2 функциональный класс), без последующего развития острых сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий. Через 5 лет наблюдения в группе сравнения у 19 (35%) пациентов зарегистрированы тяжелые ассоциированные клинические состояния: ИБС (19 чел.), в том числе с развитием инфаркта миокарда (8 чел., один с летальным исходом) и коронарной реваскуляризацией на фоне хронической ИБС (4 чел.), а также - ишемический мозговой инсульт (7 чел.), синдром «Диабетической стопы» с последующей ампутацией (3 чел.). Терапия аторвастатином в малых дозах хорошо переносилась, повышения уровня трансаминаз на фоне терапии не выявлено.

Выводы. Терапия аторвастатином 10-20 мг в сутки является безопасной при длительном применении, хорошо переносится и является эффективной в профилактике кардиоваскулярных событий у больных СД 2 типа.

ОЦЕНКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МАКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ В МАЛЫХ ДОЗАХ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Оценить степень прогрессирования макрососудистых осложнений у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа по результатам исследования толщины комплекса интима–медиа (КИМ) брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей на фоне длительной гиполипидемической терапии аторвастатином в малых дозах.

Методы исследования. Наблюдали 190 больных СД 2 типа, их них 156 женщин и 34 мужчин 60-82 лет (средний возраст $67,8 \pm 1,2$ года) и дислипидемией. Продолжительность СД от 4 до 18 лет (в среднем $12,4 \pm 1,1$ лет), средние значения индекса массы тела (ИМТ) $28,8 \pm 3$ кг/м². У всех пациентов отмечалась артериальная гипертензия (АГ) 1-2 степени (средние значения АД $165/85 \pm 1,3$ мм рт.ст.). Все пациенты разделены на 2 группы: 1 группа (основная) 135 больных 60-82 лет в течение 5 лет получала аторвастатин 10-20 мг (средняя суточная доза - 15,3 мг), 2 группа (группа сравнения) - 55 больных 60-80 лет не получала гиполипидемическую терапию ввиду противопоказаний. Группы наблюдения сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, длительности СД, тяжести микро - и макрососудистых осложнений. КИМ общей сонной артерии с двух сторон и артерий нижних конечностей определяли с помощью дуплексного сканирования линейным датчиком 5,0-10,0 МГц (аппарат «Gems Vivid pro 3») в В-режиме исходно и на фоне терапии аторвастатином 1 раз в год. Пороговой величиной считали КИМ $< 0,9$ мм, критерием атеросклеротической бляшки - КИМ $\geq 1,3$ мм. Безопасность терапии контролировали мониторингом аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel Windows XP. Результаты представляли в виде $M \pm m$, где M - среднестатистическое значение, m - стандартное отклонение. Различия при $p < 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Результаты. В результате длительной терапии аторвастатином в малых дозах в основной группе по данным дуплексного сканирования отмечается тенденция к уменьшению толщины КИМ общих сонных артерий с $1,23 \pm 0,02$ мм до $1,22 \pm 0,01$ мм ($p < 0,03$) и толщины КИМ артерий нижних конечностей с $1,2 \pm 0,01$ мм до $1,18 \pm 0,02$ мм ($p < 0,02$). У всех больных группы сравнения выявлено достоверное увеличение толщины КИМ брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей с $1,25 \pm 0,03$ мм до $1,35 \pm 0,01$ мм ($p < 0,001$) и с $1,21 \pm 0,04$ мм до $1,45 \pm 0,02$ мм ($p < 0,001$), соответственно. Аторвастатин в малых дозах хорошо переносится, повышения уровня трансаминаз на фоне длительной терапии не выявлено.

Выводы. Терапия аторвастатином 10-20 мг в сутки у больных СД 2 типа является безопасной при длительном применении, хорошо переносится и позволяет предотвратить по данным дуплексного сканирования прирост толщины КИМ в брахиоцефальных артериях и артериях нижних конечностей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Болотова Е.В.¹, Комиссарова И.М.²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Краснодар, Россия;

²МБУЗ МО СР «Северская ЦРБ», Краснодарский край, Россия

Цель. Оценить эффективность коррекции факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в зависимости от вида профилактического консультирования (ПК).
Материалы и методы. Обследована популяционная выборка (2189 человек) взрослого населения сельской местности Краснодарского края (54,0 % женщин и 46,0 % мужчин), средний возраст $47,72 \pm 16,6$ лет (мужчины - $46,27 \pm 15,8$ лет, женщины - $48,95 \pm 17,2$ лет). Проводили анкетирование, антропометрические измерения; клиничко-лабораторное обследование, оценку суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) с использованием адаптированной шкалы SCORE. Лицам с ФР ССЗ, с высоким и очень высоким ССР проводили углублённое ПК по коррекции ФР ССЗ: индивидуальное (ИПК) и групповое (ГПК). Через 3 года лицам с ФР ССЗ проводили повторное обследование (отклик 80,1%; $n=1006$). Обследуемые были разделены на две группы: I группа - 703 (69,9%) человека, получившие только углублённое ИПК; II группа - 303 (30,1%) человека, получившие ИПК+ГПК. С помощью регрессионного анализа проводили сравнительный анализ эффективности коррекции ФР ССЗ в зависимости от вида ПК. Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS.

Результаты исследования. Эффективность углублённого ПК среди мужчин через 3 года динамического наблюдения была достоверно выше ($p < 0,05$) при проведении ИПК+ГПК, чем при проведении только ИПК. Так, среди лиц с ДАД $\square 90$ мм рт ст эффективность ИПК (снижение частоты встречаемости фактора риска) составила 8,7%, а ИПК+ГПК – 36,3%, что на 27,6% больше по сравнению с ИПК. Для лиц с АО эффективность ИПК+ГПК была на 7,8% выше, чем только ИПК; с ГХС - на 16,7%, с НФА - на 23,2%, с чрезмерным употреблением алкоголя - на 19,2%. Напротив, среди курильщиков и лиц с НП эффективность ИПК была статистически значимо выше, чем при проведении ИПК+ГПК - на 11,8% и 12,7% соответственно; частота курения после ИПК снизилась на 18,4%, а после ИПК+ГПК всего на 6,6%. Среди женщин максимальные различия по показателям эффективности между ИПК и ИПК+ГПК выявлены среди лиц с ГХС и среди курильщиц. Для пациентов с ГХС эффективность ИПК составила 9,9%, а ИПК+ГПК – 31,8%, что достоверно выше, чем при ИПК (разница составляет 21,9%). Частота курения среди женщин после проведения ИПК+ГПК снизилась на 40%, а при ИПК – на 26,3%, что на 13,7% меньше по сравнению с ИПК+ГПК ($p < 0,01$). При проведении ИПК+ГПК эффективность ПК была выше среди лиц с САД $\square 140$ мм рт ст (на 8,3%), с избыточной массой тела (на 7,7%), с ожирением (на 6,4%), с АО (на 7,8%), среди лиц с чрезмерным употреблением алкоголя (на 9,9%). Вместе с тем, для женщин с НП более эффективным оказалось ИПК и разница составила 10,6%.

Заключение. Таким образом, наибольшая эффективность коррекции ФР ССЗ выявлена у лиц получивших индивидуальное углублённое и групповое профилактическое консультирование.

СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Будникова Н.В.¹, Романенко И.А.²

¹ОБУЗ ГКБ №3 г. Иванова, Иваново, Россия

²ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Актуальность: прогностическая опасность метаболического синдрома (МС) неоспорима и отражается метким термином «смертельный квартет». Эта совокупность взаимосвязанных патологических состояний (ожирение, артериальная гипертензия, углеводные и липидные нарушения) повышает риск поражения сердечно-сосудистой системы, что подтверждено авторитетными исследованиями для людей, больных сахарным диабетом (СД). Однако, лиц с доклиническими нарушениями углеводного обмена (НУО) не считают больными. Исследований, посвященных состоянию сердечно-сосудистой системы пациентов с предиабетом немного, их результаты неоднозначны. Величина скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в значительной степени отражает морфологические изменения сосудистой стенки и может помочь получить дополнительные сведения по этому вопросу. Цель работы: сравнительное изучение характеристик СРПВ у лиц с МС, находящихся на разных стадиях НУО: предиабет, СД 2 типа.

Материалы и методы: при диспансеризации населения проводился скрининг лиц с МС, из которых были сформированы группы обследованных в зависимости от степени выраженности НУО: 1-я группа (32 пациента с предиабетом - нарушение толерантности к глюкозе и (или) нарушение гликемии натощак), 2-я группа (40 больных, страдающих СД 2 типа). Группы были сопоставимы по возрастному и гендерному составу. Всем пациентам было проведено клиническое и лабораторное обследование. СРПВ по сосудам эластического и мышечного типов оценивалась с помощью сфигмографической приставки к комплексу «Поли-спектр-12» (ООО «Нейрософт», Иваново).

Результаты: при анализе индекса массы тела выявлено, что нормальная масса тела имела место лишь во 2-й группе (4,6%) случаев, избыточная масса тела (1-я группа – 45,5%, 2-я группа – 31,8%), ожирение 1-3 степени (1-я группа – 54,5%, 2-я группа – 63,6%). Уровень артериального давления составил во 2-й группе – $143,7 \pm 17,9 / 87,9 \pm 10,4$ мм рт. ст., в 1-й группе – $139,9 \pm 16,23 / 87,2 \pm 7,7$ мм рт. ст., Сравниваемые группы достоверно ($p \leq 0,05$) различались по уровню глюкозы натощак, которая у пациентов 2-й группы была $9,1 \pm 1,42$ ммоль/л, против $6,34 \pm 0,36$ ммоль/л у лиц 1-й группы. При исследовании липидного обмена диагностирована дислипидемия, более выраженная во 2-й группе (56%), чем в 1-й группе (48%). При оценке жесткости сосудистой стенки выявлено, что у пациентов с предиабетом показатели СРПВ статистически достоверно не отличались от таковых у больных СД 2 типа как по сосудам мышечного типа (1-я группа – $8,99 \pm 2,67$ м/с, 2-я группа – $9,39 \pm 2,2$ м/с) так и по сосудам эластического типа (1-я группа – $9,1 \pm 1,34$ м/с, 2-я группа – $9,4 \pm 1,76$ м/с).

Выводы: степень ожирения и дислипидемии более выражены при СД 2 типа, чем у лиц с предиабетом, однако показатели СРПВ достоверно не отличаются друг от друга в обеих группах обследованных, что свидетельствует о значимом повышении жесткости

сосудистой стенки и у лиц с доклиническим НУО, что может увеличить у них риск развития сердечно-сосудистых катастроф.

ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ, КАК ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Василец Л.М.¹, Хлынова О.В.¹, Тарасова О.А.², Паршакова О.А.³, Назипова Ю.И.³.

¹ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ», Пермь, Россия

²ГБУЗ ПК «ККБ Ордена «Знак почета», Пермь, Россия

³ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», Пермь, Россия

Цель: изучить показатели воспаления при фибрилляции предсердий, определить предикторное значение для аритмий.

Методы исследования: Обследовано 97 человек в возрасте $50,53 \pm 8,10$ лет с артериальной гипертензией (АГ). Сформированы две подгруппы: 1) – пациенты с АГ без нарушений ритма сердца (НРС); 2) – пациенты АГ с НРС по типу фибрилляции предсердий (ФП). В качестве показателей воспалительной реакции использовали количественное определение С-реактивного протеина (СРП), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа) и фибриногена в сыворотке крови. Статистическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета Statistica 6.0.

Полученные результаты: Концентрация ФНО-альфа была наибольшей при ФП во время пароксизма ($354,91 \pm 180,96$ пкг/мл), что в 7 раз выше нормальных величин ФНО-альфа (до 50 пкг/мл), в 25 раз выше, чем при персистирующей рецидивирующей форме вне пароксизма и перманентной форме ФП. Чем тяжелее был приступ, тем больше регистрировалась величина ФНО-альфа ($p=0,0098$). Концентрация СРП у всех обследуемых лиц не превышала 10,0 мг/л, что указывает на отсутствие острого воспаления. При проведении статистической обработки полученных результатов были найдены достоверные различия между показателями воспаления в зависимости от присутствия и формы аритмии, а также при наличии или отсутствии пароксизма ФП. Выявленные особенности стали основой для оценки прогностической значимости маркеров воспаления в отношении формирования ФП у пациентов с АГ. Построение модели прогноза возникновения ФП при АГ выполнено на основной группе из 97 пациентов: 42 – АГ без НРС, 55 – АГ с ФП. В многофакторный регрессионный анализ были включены данные анамнеза («стаж» АГ), пола, возраста, степени АГ, уровня СОЭ, фибриногена. Независимыми предикторами возникновения ФП при АГ оказался ФНО-альфа ($p=0,000023$). Повышенный уровень цитокинов при пароксизме мерцания предсердий может быть связан непосредственно с патогенезом данного типа нарушения ритма сердца. На последующих этапах развития ФП – формирование постоянной формы мерцания предсердий – включаются и другие механизмы, поэтому, роль воспалительного участия снижается.

Выводы: 1. Наличие фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией ассоциировано с высоким уровнем ФНО-альфа и меньшим уровнем СРП в сравнении с пациентами без аритмии.

2. Пароксизм мерцательной аритмии сопровождается значительным повышением концентрации ФНО-альфа. Уровень повышения цитокина прямо коррелирует с тяжестью пароксизма фибрилляции предсердий.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПАРРИ-РОМБЕРГА

Волкова С.А., Лозебная Е.А.

Ставропольский Государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

При синдроме Парри-Ромберга (СПР) не установлены генные мутации и патогенетические механизмы. Заболевание проявляется гемиатрофией лица. Вариантами СПР могут быть тотальная, сегментарная, парциальная, перекрестная гемиатрофия. В ряде случаев необходима дифференциация с другими заболеваниями с синдромом гемиатрофии, с синдромом гемигипертрофии, с заболеваниями со склеродермоподобными нарушениями.

Целью данной работы является клинико-неврологический анализ семейного случая с СПР. Нами обследованы две пациентки 33 лет (разнояйцевые близнецы). У одной пациентки СПР (вариант левосторонней тотальной гемиатрофии) сочетался с левосторонней гемипарезом. По МРТ – микроочаги глиоза. У второй пациентки – синдром перекрестной парциальной гемиатрофии-парциальной гемигипертрофии, сочетанный с пахидермией, оперированной гипертензивной гидроцефалией. Проводилась дифференциальная диагностика с нейрокожными синдромами, протекающими с синдромом гемиатрофии (с синдромом Блоха-Сульцберга), с синдромом гемигипертрофии (с синдромом линейного невуса, с гипомеланозом Ито, с синдромом Клиппеля-Треноне, с синдромом Кастровьеджо 2 типа), с заболеваниями со склероподобными нарушениями (с синдромом Прайса, с синдромом Вернера, порфирией), с липодистрофиями.

Обсуждение и выводы. Имеется сходство с другими наследственными нейрокожными синдромами. Однако в отличие от нейрокожных синдромов с клеточной пролиферацией при синдроме гемиатрофии доминируют гипопластические процессы. Нейрогенные патогенетические факторы заключается в преимущественном поражении вегетативных афферентных нейронов в спинном мозге, в стволе мозга, в поражении гипоталамуса. То есть гемиатрофия и гемигипертрофия в нейрогенном аспекте представляют собой преимущественно афферентные вегетативно-трофические нарушения, сегментарно-проводниковые и гипоталамические.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ С НАКОПЛЕНИЕМ ЖЕЛЕЗА В МОЗГЕ

Волкова С.А., Лозебная Е.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Проблема наследственных нейродегенераций с накоплением железа в мозге (ННЖМ) в настоящее время привлекает к себе все большее внимание. Описаны ННЖМ-1 (PCAN), ННЖМ-2 (PLAN), ННЖМ-3 (нейроферритинопатия), ННЖМ-4 (MPAN), ННЖМ-5

(BRAN), FAHN, ацерулоплазминемия, болезнь Куфор-Ракеб, болезнь Вудхауса-Сакати, CoPAN (ННЖМ, ассоциированная с CoA-синтазой). В то же время накопление железа в мозге возможно при синдроме Фара, дентаторубро-паллидолюисовой атрофии, атаксии Фридрейха, болезни Рефсума, болезни Паркинсона, деменции с тельцами Леви, мультисистемной атрофии, а также при системных гиперсидерозах.

Целью данной работы является клинико-неврологический и радиологический (методами МРТ и КТ мозга) анализ больных с ННЖМ.

Нами проанализировано 6 больных с ННЖМ. Критерием исключения был феномен накопления железа в мозге на фоне анемии, на фоне гиперферремии. У всех больных выявлено накопление железа в мозге преимущественно в базальных ядрах (методом МРТ). КТ мозга не выявляла кальцинаты мозга. Уровень церулоплазмينا, трансферрина, железа, меди в сыворотке крови и в моче не отклонялся от нормы. У одной пациентки наблюдалась легкая гиперферритинемия, нарушения липидного обмена (вероятно, нарушение бета-окисления жирных кислот), нормальный уровень ферментов и метаболитов, ответственных за развитие болезни Фабри. В одном случае с тяжелым дрожательным гиперкинезом, с симптомом «глаза тигра» молекулярно-генетическое исследование не выявило генных мутаций, ответственных за развитие ННЖМ-1. В одном случае с нижним преимущественно центральным парапарезом и экстрапирамидной мышечной ригидностью в ногах накопление железа в мозге выявлено спустя 15 лет от начала заболевания.

Обсуждение и выводы. Известны локальные и системные формы гиперсидерозов. ННЖМ представляет собой преимущественно локальную форму гиперсидероза. Исключением является ацерулоплазминемия. Локальные формы гиперсидероза протекают без повышения уровня железа в сыворотке крови, общего содержания железа в организме. Вероятно, патогенетические механизмы обусловлены повреждением преимущественно локальных биохимических (нейрохимических) процессов, специфичных для данного органа, в частности нарушением метаболизма нейронспецифических белков и других веществ. Известно, что дофаминовый D₂-рецептор содержит железо и лишается его при применении хелатирующих железо препаратов. Тирозингидроксилаза в катехоламинергических нейронах в качестве кофактора использует железо. Сочетание накопления железа в мозге с липидными нарушениями по литературным и нашим результатам ставит вопрос о первичности-вторичности микроэлементоза и липидных нарушений. Возникает необходимость разработки критериев различения локальных, системных, промежуточных форм гиперсидерозов.

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Гайдамака И.И., Романова Е.В.

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Ставрополь, Россия**

НОУ ДПО «Центр повышения квалификации «Астрамедфарм», Нальчик, Россия

Язвенная болезнь 12 перстной кишки является одним из наиболее распространенных и тяжело протекающих патологических состояний зрелого и пожилого возраста. В частности, одной из характерных особенностей пациентов данной возрастной категории является множественная коморбидность, отягощающая течение основной болезни и ограничивающая применение средств медикаментозной, физиотерапевтической и санаторно-курортной терапии.

Цель исследования: разработка патогенетически обоснованного метода комплексного применения противоязвенных медикаментозных и бальнеогомеопатических грязевых препаратов (тамбуил-масляный раствор и гомеопатическая эссенция пелоидов) при часто рецидивирующей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДНК) с целью повышения эффективности лечения данной категории пациентов на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: проведены наблюдения 80 больных с часто рецидивирующей ЯБ ДНК в фазе затухающего обострения (более 2 раз в год) в возрасте от 40 до 65 лет, находящихся на диспансерном наблюдении в поликлинике №1 г. Нальчика. Больные были разделены на 2 репрезентативные группы - 1 группа (контроль, 40 чел.) получала стандартную противоязвенную медикаментозную терапию (омепразол, денол, кларитромицин, амоксициллин), 2 группа (основная, 40 чел.) - дополнительно получала гомеопатическую смесь грязевых препаратов из иловой сульфидной грязи озера Тамбукан: тамбуил-масляный раствор (по одной десертной ложке внутрь за 30 мин. до приема пищи, 3 раза в день, в течение 4 нед.) и гомеопатическую эссенцию пелоидов (60% спиртовой раствор) в разведении 1:4 (по одной чайной ложке внутрь за 30 мин. до приема пищи, 3 раза в день, в течение 4 нед.).

Результаты: при включении бальнеогомеопатических грязевых препаратов (тамбуил-масляный раствор и гомеопатическая эссенция пелоидов), обладающих противовоспалительным, антиоксидантным и иммуномодулирующим эффектами, в стандартную схему противоязвенной терапии больных с часто рецидивирующей ЯБ ДНК эффективность эрадикационной терапии увеличивается на 18,9%, редукция болевого синдрома происходит на 3,8 дня раньше, диспепсического - на 4,2 дня, рубцевание язвенных дефектов слизистой оболочки - на 8,2 дня раньше у пациентов основной группы, по сравнению с контрольной ($p_{1-2} < 0,05$), что подтверждается улучшением качества жизни по Gastrointestinal Symptom Rating Skale в 1,4 раза ($p < 0,01$).

Выводы:

Применение гомеопатических грязевых препаратов в реабилитации больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста является разумной альтернативой традиционным методам грязелечения и может быть рекомендовано для широкого использования в амбулаторной практике.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
НЕФРОПАТИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

Головки Т.В., Бабкин А.П., Бредихин С.Н.

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

Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель - изучить клиническую эффективность комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от солечувствительности АД у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов сахарным диабетом 2-го типа (ср возраст $63,2 \pm 1,2$ лет) в сочетании с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты первой группы в течение 8 недель получали фиксированную комбинацию 2-х препаратов- периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы- свободную комбинацию вальсартана 160 мг и индапамида 1,5 мг.

Больным дважды - до начала и через 2 мес. терапии выполняли суточное мониторирование АД на аппарате ABPM – 04 (Венгрия). В динамике определяли скорость клубочковой фильтрации по MDRD и суточную микроальбуминурию. Солечувствительность АД оценивали по методике (Weinberger M.N., 1986).

Результаты. Через 2 месяца терапии у больных первой группы САД ср. уменьшилось с $152,75 \pm 1,5$ до $128,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАД ср. - с $88,95 \pm 1,9$ до $75,45 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); у больных 2-й группы- с $153,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. до $133,7 \pm 0,9$ ($p < 0,05$) и с $89,15 \pm 1,9$ до $77,85 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) соответственно. Обе комбинации препаратов были наиболее эффективны у больных с солечувствительным характером артериальной гипертензии: абсолютное снижение САДср. при лечении нолипрелом А у солечувствительных больных составило $27,8 \pm 0,7$ мм рт. ст. против $18,3 \pm 0,4$ мм рт. для солерезистентных, $p < 0,01$, ДАДср. уменьшилось на $13,7 \pm 1,5$ мм рт. ст. против $9,0 \pm 1,08$ мм рт. ст., $p < 0,05$ соответственно, при лечении вальсартаном и индапамидом у солечувствительных больных САДср уменьшилось на $18,4 \pm 0,7$ мм рт. ст. против $12,2 \pm 0,5$ мм рт. для солерезистентных, $p < 0,01$, ДАДср. - на $10,3 \pm 1,2$ мм рт. ст. против $6,7 \pm 0,9$ мм рт. ст. , $p < 0,05$ соответственно. За 2 месяца терапии у больных в группе нолипрела независимо от солечувствительности АД отмечено улучшение функционального состояния почек: СКФ увеличилась на $10,0 \pm 0,16$ мл/мин /1,73 м² , микроальбуминурия достоверно уменьшилась с $25,7 \pm 0,64$ до $20,4 \pm 1,0$ мг/сут, $p < 0,05$

Выводы. 1. Обе комбинации лекарственных препаратов показали сопоставимую антигипертензивную эффективность, более выраженную у солечувствительных пациентов, при этом нолипрел продемонстрировал отчетливый нефропротективный эффект

2. Определение солечувствительности АД позволяет индивидуализировать антигипертензивную терапию.

ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Гордиенко А.В. ¹, Сотников А.В. ¹, Носович Д.В. ¹, Чертищева А.А. ¹, Година З.Н. ²,
Епифанов С.Ю. ³, Тханг Н.В. ¹

¹ – ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург;

² – ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» МО РФ, Москва;

³ – ФГБУ "Клиническая больница" Управления делами Президента РФ, Москва

Цель. Оценить динамику частоты факторов риска кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) у мужчин моложе 60 лет с первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ) для уточнения профилактических мероприятий.

Материал и методы. Изучены результаты обследования 243 мужчины 19-60 лет (средний возраст – $50,3 \pm 6,3$ года), лечившихся по поводу ИМ в 2000-2015 гг. в стационарах Санкт-Петербурга, имеющих расчетную скорость клубочковой фильтрации (СКФ, СКD-EPI) 30 и более мл/мин/1,73м². У пациентов обращали внимание на факторы, способствующие развитию ИМ или провоцирующие его возникновение. Из параметров липидного обмена анализировали уровни общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой (ЛНП), высокой (ЛВП) и очень низкой (ЛОНП) плотности, коэффициенты (КА) и индексы (ОХ/ЛВП, ЛНП/ЛВП) атерогенности. Показатели сравнивали на основе критериев Манна-Уитни и Хи-квадрат.

Результаты. Среди факторов риска у обследованных преобладали атерогенные дислипидемии (97%), низкая физическая активность (81%), курение (80%), артериальная гипертензия АГ (68%), очаги хронических инфекций (61%) и ожирение (48%), а сахарный диабет (17%) и дисфункцию почек (15%) наблюдали значительно реже. У 31% обследованных уровень ОХ не превышал нормальный, однако при изучении его фракций выявляли атерогенные дислипидемии. В группе до 45 лет гиперхолестеринемия отмечена в 69% случаев, превышение ЛНП – в 92%, КА – в 91% случаев, у пациентов 46-60 лет – в 69, 98 и 93% соответственно. Гипертриглицеридемия и повышение уровня ЛОНП более выражены в старшей возрастной группе ($p < 0,05$). При повторном ИМ гипертриглицеридемия ($1,85 \pm 0,89$ и $3,76 \pm 1,23$ ммоль/л) в молодом возрасте, повышение КА ($5,15 \pm 2,08$ и $6,00 \pm 1,97$) и соотношения ХОЛ/ЛПВП ($6,62 \pm 2,10$ и $7,36 \pm 2,09$) – выражены сильнее, чем при первичных ИМ ($p < 0,05$). Частота выявления вредных привычек при повторных ИМ снижалась незначительно: курения – на 11%, злоупотребления алкоголем – на 19%. Распространенность гиподинамии, ожирения, сахарного диабета и очагов инфекций после перенесенных ИМ не изменялась.

Выводы. Атерогенные дислипидемии, ожирение, гиподинамия, курение и АГ входят в число наиболее распространенных факторов риска КВЗ у мужчин моложе 60 лет с ИМ. При повторных случаях заболевания, в сравнении с первичным ИМ, выявляются более высокие уровни ТГ (в 2 раза) и КА (в 1,1 раза). Это позволяет рассматривать развитие повторных ИМ у мужчин моложе 60 лет в качестве маркера низкой эффективности мероприятий профилактики этого заболевания. Выполнение превентивных программ в этих случаях требует индивидуального подхода в изучении причины неудач и более строгого контроля над их реализацией.

СВЯЗЬ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА С УРОВНЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Гофман В.В., Лебедева Н.Б.

**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Кемерово, Россия**

**ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-
сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия**

Цель исследования: изучить распространенность и взаимосвязь факторов сердечно-сосудистого риска и возрастного андрогенного дефицита в группе здоровых мужчин среднего возраста.

Материал и методы: в исследование включено 109 мужчин в возрасте 44 -60 лет, средний возраст 48,44 (45,02;52) лет, проходивших плановую диспансеризацию в ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кемеровской области». Помимо комплексного клинико-инструментального обследования, проводились: оценка международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), исследование уровня общего тестостерона (ТС). Не включались пациенты с эндокринными, психическими, соматическими заболеваниями. Возрастной андрогенный дефицит (ВАД) определялся как субклинический при снижении общего ТС < 12 нмоль/л и клинически выраженный ВАД диагностировался при снижении общего ТС <12 нмоль/л и МИЭФ-5 20 баллов и более.

Результаты. Анализ сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE показал, что большинство обследованных мужчин - 73 (67,0%) соответствуют категории умеренного риска, и лишь 3 (2,8%) - категории высокого риска. Пациентов очень высокого риска выявлено не было. Вместе с тем дополнительные факторы, повышающие сердечно-сосудистый риск (ожирение, метаболический синдром, снижение клиренса креатинина менее 60 мл/мин, высокий общий холестерин (более 8 ммоль/л), наличие атеросклеротических бляшек в периферических артериях), были выявлены у 22 (66,7%) мужчин группы низкого риска по SCORE и у 53 (72,6%) мужчин исходно умеренного риска. Таким образом, в конечном итоге 78 (71,6%) обследованных мужчин были отнесены к категории высокого сердечно-сосудистого риска.

В целом признаки ВАД были выявлены у 46 (42,2%) мужчин, из них субклинического ВАД – у 11 (10,1%) и клинически выраженного – у 35 (32,1%). В группе с ВАД значимо чаще выявлялись мужчины с умеренным или высоким риском и реже – с низким риском SCORE по сравнению с группой без ВАД ($p=0,03$). После учета дополнительных факторов в группе с ВАД 33 (94,3%) мужчин были отнесены к категории высокого риска, тогда как в группе без ВАД - 45 (60,8%), $p=0,001$. При этом наличие клинических проявлений ВАД не влияло на категорию сердечно-сосудистого риска ($p=0,406$). Средние уровни общего ТС составили 15,5 нмоль/л в группе низкого риска, 17,3 нмоль/л в группе умеренного риска и 5,5 нмоль/л в группе высокого риска ($p=0,012$).

Выводы. При определении уровня сердечно-сосудистого риска и, соответственно, лечебно-профилактических мероприятий, у здоровых мужчин среднего возраста важно учитывать наличие дополнительных факторов, в том числе, возрастного андрогенного дефицита. Связь возрастного андрогенного дефицита с сердечно-сосудистым риском и ее механизмы требуют дальнейшего изучения.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДАТИПЕРСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER
PYLORI, С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.**

**Гусейнова З.К., Тауешева З.Б., Санин Д.А., Сайфуллаева З.З.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Республика Казахстан**

Цель исследования. Оценить особенности клинического течения язвенной болезни в сочетании с хроническим панкреатитом.

Методы и материалы исследования. В клинических условиях было обследовано 60 больных с язвенной болезнью в сочетании с хроническим панкреатитом. Возраст обследованных лиц составил от 20 до 70 лет. Среди обследованных пациентов лица мужского пола составили 40 больных и женского пола – 20 пациентов. При обращении к врачу в амбулаторных условиях у всех пациентов основными субъективными жалобами были: боли в эпигастральной области и в левом подреберье, диспепсические расстройства (тошнота, изжога, горечь во рту, вздутие живота, кашицеобразный стул). Все обследованные больные были разделены на 2 группы. I группа – 30 больных с первичной язвенной болезнью, II группа – 20 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у 10 пациентов с хроническим панкреатитом. В I группе с болевой синдромом было 10 пациентов (%), с диспепсическим синдромом – 30 больных (%). Во II группе болевой синдром встречался у 20 пациентов (50%), диспепсический синдром – у 15 больных (%). Всем обследованным пациентам проводились клинико-лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования. В I группе больные помимо комплексной терапии с антисекреторной целью получали некسيوم 40 мг по 1т*2р/ день, денол 0,12 мг по 1т*4раза в день в течение 14 дней. Во II группе больным проводился тройная антиэрадикационная терапия с амоксициллин 500 мг по 2т*2р/день, метронидазол 500 мг по 2т*2р/день, рабепразол 20мг по 2т*2р/ день и креон 25 000ЕД по 1капсуле * 3раза в день в течение 14 дней.

Результаты и обсуждения. На фоне проводимого обследования у пациентов в I группе больных язвенная болезнь желудка, ассоциированная с Нр инфекцией с легкой степенью обсемененности была выявлена у 10 пациентов (33,33%), у 20 больных (66,67%) обнаружена язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки (ЛДПК) с умеренной степенью обсемененности. Во II группе больных язвенная болезнь желудка, ассоциированная с Нр с умеренной степени активности, выявлена у 5 пациентов (25%), язвенная болезнь ЛДПК, ассоциированная с Нр с высокой степенью обсемененности, в сочетании с хроническим панкреатитом – у 15 больных (75%). На фоне проводимой терапии в I группе пациентов болевой синдром регрессировал на 3-е сутки, диспепсический синдром – на 5-е сутки проводимого лечения. Во II-группе пациентов болевой синдром регрессировал на 7-е сутки, диспепсический синдром купирован на 8-е сутки проводимой терапии.

Выводы. Таким образом, правильно собранный анамнез и своевременная диагностика увеличивают приверженность пациентов к лечению и сокращают риск осложнений и длительность лечения в амбулаторных условиях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АМПИЦИЛЛИН У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

**Гусейнова З.К., Тауешева З.Б., Загипарова А.Е., Шигаева В.В.
Карагандинский государственный медицинский университет
Караганда.Казахистан**

Цель исследования: Оценить эффективность препарата ампициллина в лечении беременных с хроническим пиелонефритом.

Методы исследования: В исследовании включены 40 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, срок беременности составил от 12 до 20 недель. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет. У пациентов из наблюдалось преобладание болевого, дизурического и дезинтоксикационного синдромов. В общеклиническом анализе крови у всех беременных выявлены признаки выраженных воспалительных изменений и анемический синдром. В зависимости от характера проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе больных у 15 беременных женщин выявлены анемия средней степени и у 2 пациентов тяжелой степени. Все пациенты получали антибактериальную терапию препаратом ампициллин по 1,0*4 раза в день внутримышечно в течение 10 дней, таблетированные препараты железа актиферин по 1т*2раза в день в течение 14 дней и у 2-х больных проводилась гемотрансфузия в связи с тяжелой анемией, а так же дезинтоксикационная терапия, спазмолитические препараты в течение 5 дней, во 2-ой группе у 12 были выявлены анемия 1 степени и у 8 пациентов анемия средней степени тяжести, из антибактериальных препаратов получали цефозалин по 1,0*2 раза внутривенно в течении 10 дней.

Результаты исследования: Во всех наблюдаемых группах основными жалобами были боли в поясничной области у 65% больных, дизурические расстройства наблюдались у 70% пациентов в 1группе, а у больных во 2 группе 50%, интоксикационный синдром с повышением температурной реакции до 390С наблюдался у больных в 1 группе в 68%, а у больных во 2 группе у 32% пациентов. В течении десятидневного наблюдения у больных в 1 группы на 3-е сутки от начала лечения нивелировал болевой и дизурический синдромы, к 7-м суткам полное исчезновение клинической симптоматики и воспалительной реакции в анализах крови и мочевом осадке. У больных во 2-ой группы по сравнению с больными в 1-ой группы клинические проявления воспалительного синдрома прошли только к 10 дню пребывания в стационаре.

Выводы: 1. Таким образом, данное наблюдение свидетельствует о несвоевременном обследовании женщин в пубертантном возрасте, имеющаяся железodefицитная анемия с тканевым дефицитом может способствовать развитию патологии почек у беременных.

2. Железodefицитное состояние в последующем может отразиться на здоровье новорожденного в виде врожденной анемии, снижением иммунитета, развитием тубулоинтерстициальной патологии новорожденного.

3. Несмотря на большой арсенал антибактериальных препаратов в лечении беременных с экстрагенитальной патологией с воспалительным заболеванием почек, зачастую выборе антибактериальных препаратов приводит к различным затруднениям, в этой связи из-за отсутствия тератогенных действий препаратом выбора у беременных являются антибактериальный препарат широкого спектра действия ампициллин.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛМИСТА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гусейнова З.К., Тауешева З.Б., Оханова К.К., Полещук А.В.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования. Применение препарата телмиста у лиц с артериальной гипертензией. Методы исследования. Обследованы 50 больных с артериальной гипертензией (АГ) II и III стадий в амбулаторных условиях в течение 14 дней. Среди них было 18 мужчин и 32 женщины с артериальной гипертензией. Все обследованы пациенты были разделены на 2 группы. В I группе вошли 25 больных, из них 18 лиц мужского пола и 5 больных женского пола, во II группе 25 больных женского пола. Среди пациентов I группы артериальная гипертензия II стадии составила 8 пациентов и у 17 пациентов АГ III стадии, во II группе АГ 2 стадии наблюдался у 10 больных и у 15 пациентов АГ III стадии. В I группе всем больным назначали лизиноприл 10 мг по 1т*2раза в сутки (в 8 и в 20 ч) в течение месяца. Во II группе пациентам были назначены препарат телмиста 40мг по 1таблетке *1 раз в сутки в течение месяца. После лечения проводили клинико-функциональные исследования, включающие клинические симптомы, ЭКГ, АД-мониторирование. Всем пациентом проводилась карта-опросник, куда были зафиксированы 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 исследования. По результатом проведенного лечения были проанализированы критерии снижения артериального давления в обследуемых группах. При сравнении лечения пациентов I группы во II группе наблюдались хорошая переносимость лечения, отсутствие побочных эффектов и выраженный гипотензивный и антиангинальный эффект препаратов. Тогда как в I группе пациентов у 3-х больных наблюдался побочный эффект препарата в виде сухого кашля. Анализ суточного профиля артериального давления свидетельствовал, что до лечения количество больных с суточным профилем составляло соответственно 5, 8, 12 человек. Таким образом, основную категорию обследуемых составляли больные с нарушенным суточным профилем артериального давления. После проведенной терапии во II группе отмечали уменьшение количества больных с признаками non-dipper и riker (10 и 15 соответственно) и переход их в группу dipper (25). Выводы: 1. Препарат Телмиста в лечени пациентов с артериальной гипертензией оказывал существенный антигипертензивный эффект.

2. Побочных явлений препарата телмиста не наблюдалось среди пациентов с артериальной гипертензией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА АДДИВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И НЕАЛКАГОЛЬНЫМИ СТЕАТОГЕПАТИТАМИ ПЕЧЕНИ

Гусейнова З.К., Тауешева З.Б., Шуинова З.Ж., Юдин М.С.

**Карагандинский Государственный Медицинский Университет,
Караганда, Казахстан**

Цель. Изучить эффективность препарата Алдивия в лечении больных с вирусными гепатитами и неалкогольными стеатогепатитами печени.

Материалы и методы. В клиническое исследование было включено 40 больных в возрасте от 30 до 60 лет с вирусными гепатитами и неалкогольным стеатогепатитом печени. Эффективность лечения контролировалась общеклиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования. Все обследованные больные были разделены на 2 группы по 20 человек: в 1 –группе больные получали комплексную терапию в сочетании с гепопротектором Алдивия по 1 капсуле 3 раза в день, а во 2 группе больные помимо основной терапии получали с гепатопротективной целью препарат Эссенциале по 1 капсуле 3 раза в день в течении месяца.

Результаты. В ходе проведенного лечения в 1- группе больных наблюдалось улучшение клинико-лабораторных показателей на 10 сутки амбулаторного лечения, а через 2 месяца наблюдалось значительное уменьшение проявления стеатоза печени, явления холестаза и полное регресирование стеатоза печени наблюдался на 3 месяце амбулаторного лечения. Тогда, как во 2 группе купирование болевого синдрома наблюдалось на 14 сутки и уменьшение холестаза не наблюдался, а так же проявления стеатоза печени сохранялся в течение 3 месяца. Клинические проявления желтушного синдрома, отмечались у 20% пациентов 1 группы и 25% пациентов во 2 группе, нивелировались на 8 сутки в 1 группе и на 21 сутки во 2 группы. Улучшение биохимических показателей (АЛТ, АСТ, билирубина, гаммаглутамилтранспептидазы, холинэстеразы, щелочной фосфатазы), коагулограммы (ПТИ, фибриноген) наблюдалось на 14 сутки амбулаторного лечения в 1 группе и во 2 группе отмечался незначительное улучшение лабораторных показателей на 21 сутки от начала лечения заболевания.

Выводы: Таким, образом полученные данные свидетельствует о высокой терапевтической эффективности препарата Алдивия в комплексном лечении больных с вирусными гепатитами и неалкогольным стеатогепатитом печени и позволяют регресирование сладж синдром и жирового перерождения печени, что доказывает гепатопротективный эффект препарата, обусловленный усилением интенсивности течения репаративных процессов в клетках печени, восстанавливая их с большой скоростью, а так же обладают гипополипидемическим свойством, оказывают нормализующее действие на метаболизм белков, тормозит стеатоз и фиброз в тканях печени.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭМАНЕРА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Гусейнова З.К., Тауешева З.Б.,Красикова Н.А., Кадысова М.Б.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить эффективность препарата Эманера в лечении больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Методы исследования. В амбулаторных условиях обследованы 120 больных. Обследованные распределены на две группы: I группа - 60 лиц мужского пола с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во II группе - 60 лиц женского пола.

Возраст больных составил от 18 до 50 лет. Длительность язвенного анамнеза от 1 до 10 лет. При опросе в обеих группах выявлены факторы риска, как нарушения диеты и режима питания (65% больных), длительные психоэмоциональные нагрузки (70%), неблагоприятная по язвенной болезни наследственность (30%). У всех больных основными клиническими проявлениями были болевой и диспепсические синдромы, выявленные при детальном обследовании у 95% пациентов. В I группе больных с целью антисекреторной терапии назначен препарат эманера по 1 к*2 раза в день в течение 14 дней, во II группе больные получали лансапразол 30мг по 1к*2раза в день в течение 14 дней. Биоптаты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, взяты при эндоскопическом исследовании. Контаминацию слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (Hр) определяли в биоптатах желудка цитологическим методом.

Результаты исследования. На фоне проводимого лечения в I-группе больных болевой синдром был купирован на 4-сутки, диспепсический синдром полностью нивелировал на 6-сутки от начала лечения. Во II-группе больных болевой синдром купирован на 9-сутки и диспепсический синдром полностью купирован на 7-сутки. Цитологическая картина язв желудка и двенадцатиперстной кишки в обеих группах представила собой разнообразие процессов воспаления проявлялись длительно развивающемуся волнообразному патологическому процессу со сменами фаз обострения и ремиссии. В слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки воспалительные экссудации и деструкции, фибриноидные очаги некроза, молодой и зрелой грануляционной и рубцовой тканью, перемежающиеся участками отторжения некротических масс с подрастающим под него эпителием на дне язвенных дефектов, секвестрацией лейкоцитами и мононуклеарными клетками зон некроза, разной степени выраженности лимфоплазмоцитарной клеточной инфильтрацией и фибросклероза на фоне участков совершенного ангиогенеза, формирующегося рубца на границе с разрушенными мышечными элементами стенки желудка и двенадцатиперстной кишки представляют картины пролонгированного хронического воспаления, роста грануляционной ткани и формирования рубца.

Заключение. Препарат эманера в сочетании с комплексной антиэрадикационной терапией обеспечивают усиление регенеративных процессов в поврежденных клетках слизистой оболочки, стимулируют синтез белка, улучшает местное кровоснабжение и обладает высокой степенью эрадикации *H.pylori*, способствуя заживлению язв, тем самым уменьшая количество рецидивов, что повышает комплаентность пациентов к лечению.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТРИПЕКСАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гусейнова З.К., Тауешева З.Б., Бекенова А.А., Кислицина И.Г.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования – применение препарата трипексан у лиц с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

Методы исследования: Обследованы 70 пациентов (средний возраст составил 69,4 года) с артериальной гипертензией (АГ) III стадии и ИБС, которые находились на стационарном лечении в течение 14 дней. Среди них было 30 мужчин и 40 женщин, 15 больных на фоне

АГ страдали ИБС, среди них 30 имели стабильную стенокардию III и IV функционального класса, 15 пациентов перенесли инфаркт миокарда (по данным анамнеза), а также 10 пациентов с АГ II стадии. Все больные получали трипексан по 1 таблетке * 1 раз в сутки, кроме этого, 15 больных с ИБС получали кардиопротективный препарат (предуктал – 35MR по 1 таблетке 2 раза в сутки). До и 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 исследования: 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*, *riker* составляло соответственно 12, 10, 8 пациентов. Таким образом, основную категорию обследуемых составляли больные с нарушенным суточным профилем АД (*non-dipper* и *riker*). После проведенной терапии отмечали уменьшение количества больных с признаками *non-dipper* и *riker* (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 (8 больных), а 6 больных – из IV функционального класса перешли в III функциональный класс.

Выводы: 1. Трипексан у пожилых больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца оказывал существенный антигипертензивный эффект.

2. Сочетание трипексана с предукталом приводило не только к антигипертензивному, но и к антиангинальному эффекту у пожилых больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

3. Побочных явлений сочетание трипексана с предукталом не наблюдали у пожилых людей с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Дербенева С.А., Залетова Т.С.

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Москва, Россия

Введение. В профилактике и лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы и сопутствующего ожирения существенную роль играет диетотерапия, направленная на редукцию массы тела, коррекцию изменений метаболического статуса. Метод непрямой респираторной калориметрии позволяет определить энерготраты основного обмена и окисление основных макронутриентов, что дает возможность индивидуализировать диетотерапию данной категории больных.

Цель исследования: изучение показателей энергетического обмена у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением.

Материалы и методы: на базе отделения сердечно-сосудистой патологии ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии по государственному заданию «Разработка режимов и требований к персонализированной диетотерапии, в том числе с включением специализированных пищевых продуктов, для пациентов с некоторыми неинфекционными заболеваниями. Способ оценки оптимальной потребности в углеводах у больных с метаболическим синдромом и разработка индивидуальных программ диетической коррекции инсулинорезистентности» было обследовано 40 пациентов (28 женщин в возрасте от 33 до 71 года и 12 мужчин от 28 до 63 лет.) с артериальной гипертензией и ожирением I-III степени. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) у женщин составили 43,7 кг/м², у мужчин – 42,6 кг/м². Всем пациентам, в соответствии с задачами исследования, проводилось исследование энерготрат основного обмена и определение скоростей окисления макронутриентов (белков, жиров и углеводов) методом непрямой респираторной калориметрии.

Полученные результаты. В результате проведенного исследования определены средние показатели основного обмена равные 2073±64,5 ккал/сут. у мужчин и 1396±52,6 ккал/сут у женщин. Средняя скорость окисления макронутриентов у мужчин составила: 269±19,2 г/сут – углеводов, 87±9,1 г/сут - белков, 70±8,6 г/сут - жиров; у женщин - 170±24,4 г/сут - углеводов, 63±7,8 г/сут - белков, 58±4,3 г/сут - жиров.

При разделении пациентов на группы в зависимости от ИМТ отмечена тенденция к увеличению величины основного обмена прямо пропорционально увеличению ИМТ. Так в группе женщин с ожирением I-II степени (ИМТ 30-40 кг/м²) средний показатель основного обмена составил 1094±46,4 ккал/сут, с ожирением III степени (ИМТ 40-50 кг/м²) – 1487±23,7 ккал/сут, а с ИМТ от 50 кг/м²– 1849±35,5 ккал/сут.

Заключение. Выявлена зависимость между полом, массой тела пациентов и параметрами основного обмена. Определение основного обмена, скоростей окисления макронутриентов дает возможность индивидуализировать диетотерапию больных ожирением с учетом пола и степени выраженности ожирения.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Дербенева С.А.

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Москва, Россия

Введение. Ожирение является серьезной медико-социальной и экономической проблемой современного общества. Опасно ожирение неуклонным развитием целого ряда осложнений (прежде всего со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной систем) заметно снижающим качество и продолжительность жизни больных.

Цель исследования: изучение особенностей кардиологического статуса и частоты развития кардиогенных осложнений у больных с ожирением.

Материалы и методы: в отделении сердечно-сосудистой патологии ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии по государственному заданию «Разработка режимов и требований к персонализированной диетотерапии, в том числе с включением специализированных пищевых продуктов, для пациентов с некоторыми неинфекционными заболеваниями.

Способ дифференцированной кардиореабилитации больных с ожирением.» обследован 471 пациент с артериальной гипертензией (121 мужчина и 350 женщин) в возрасте 18 от до 77 лет. У 397 (84%) больных была выявлена также избыточная масса тела, у 113 (24%) - ожирение I степени, у 122 (26%) - ожирение II степени, у 140 (30%) - ожирение III степени. Всем пациентам в процессе обследования проведена функциональная диагностика состояния сердечно-сосудистой системы: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХО КГ, суточное мониторирование АД.

В результате проведенного обследования выявлены функциональные особенности состояния сердечно-сосудистой системы у больных ожирением, усиливающиеся при его прогрессировании (увеличении массы тела).

В частности, артериальная гипертензия 2 степени диагностирована в 32% у лиц с нормальной массой тела, у 35% с ожирением I степени, у 38 % с ожирением II степени, и у 38% с ожирением III степени; артериальная гипертензия 3 степени - у 13%, 15%, 15 % и 19% больных, соответственно.

Выявлено достоверное ($p < 0,5$ и $< 0,001$) прогрессивное увеличение размеров левого предсердия, толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, увеличение конечного диастолического и конечного систолического размера левого желудочка, снижение фракции выброса по мере прогрессирования ожирения.

У пациентов с ожирением III степени отмечен более высокий уровень средней частоты сердечных сокращений за сутки, чаще отмечались ЭКГ признаки нарушения ритма сердечной деятельности и выявлялись признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Заключение: результаты проведенного исследования показали наличие прямой зависимости между степенью выраженности ожирения и клиническим статусом, тяжестью нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, частотой развития осложнений.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРЕГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО И ПЕРЕФЕРИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ

**Евсевьева М.Е., Сергеева О.В, Затонская Л.М., Малахова Е.А. Кудрявцева В.Д.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», МЗ
Ставрополь, Россия**

Цель. Выявить встречаемость различных типов повышения артериального давления (АД) среди молодежи.

Материал и методы. В скрининговом обследовании принимали участие 137 студентов Ставропольского государственного медицинского университета из них юношей 75, девушек 62. Средний возраст составил $21,4 \pm 3,4$ года.

Для регистрации центрального артериального давления (ЦАД) и периферического АД применялся программно-диагностический комплекс BPLab Vasotens Office (ООО «Пётр Телегин», Нижний-Новгород). Периферическая артериальная гипертензия (АГ) и прегипертензия (ПГ) определялись с учётом диагностических критериев из национальных рекомендаций по АГ (РКО, 2013).

Исходя из комбинации данных периферического и центрального давления были сформированы 4 группы. 1-я группа включала в себя ложную АГ/ПГ (повышенное АД на периферии и нормальное АД в аорте), 2-я – скрытую АГ/ПГ (нормальное давление на периферии и повышенное АД в аорте), в 3-ю вошла системная АГ/ПГ (АД было повышено и в аорте, и на периферии), 4-я группа включала в себя системную нормотонию (нормальное давление на периферии и в аорте). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Результаты исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин. Обработка данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Microsoft Excel 2016.

Результаты. По данным проведенного нами исследования большинство - 55,5% из общей выборки студентов имели системную АГ/ПГ. Равное количество 20,4% приходилось на скрытую и 18,3% соответственно на системную нормотензию. Ложная АГ/ПГ обнаруживалась лишь у 5,8% всех обследованных.

Так же была выявлена заметная разница между юношами и девушками по представленности у них различных форм повышения АД. Особенно настораживает разница почти в 4 раза у девушек (43,5%) в сравнении с юношами (1,33%) в группе, скрытой АГ/ПГ. Обратно тому, в группе системной АГ/ПГ в 2,2 раза преобладает у юношей, чем у девушек. Ложная же форма АГ/ПГ у девушек вообще не зарегистрирована, зато среди них почти в 2 раза чаще выявлена системная нормотензия.

Выводы. Выявлены несомненные гендерные различия во встречаемых вариантах АГ/ПГ. У девушек (43,5%) лидирующим фенотипом АГ была скрытая форма, тогда как у юношей (74,7%) – системная АГ. Наличие у половины студентов с скрытой формы АГ/ПГ диктует необходимость внедрять в скрининг помимо обычного измерения АД, измерение аортального артериального давления.

ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ПОЛА ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Евсевьева М.Е., Пензова В.В., Овчинникова О.В.

СтГМА кафедра внутренних болезней №2, Ставрополь, Россия

Цель. Изучить результаты диспансеризации у лиц молодого возраста с учетом пола относительно уровня АД и метаболических факторов сердечно-сосудистого риска.

Методы исследования. Обследовано 45 человек (М 20, Ж 25) в возрасте от 22 до 35 лет, проживающих в г.Ставрополе, на базе центра здоровья ГБУЗ СК Городской клинической поликлинике №6. Изучались показатели стандартизированной диспансерной карты, составленной экспертами МЗ РФ. Заполняли стандартизованную МЗ РФ диагностическую карту, в соответствии с которой проводилось офисное измерение АД аппаратом Короткова в амбулаторно-поликлинических условиях, фиксировались показатели ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, индекс атерогенности. Результаты по измерению АД, проанализированы в соответствии с классификацией ГБ (ВНОК 2013 г).

Полученные результаты. Исследование показало следующее распределение исследуемых по уровням АД: оптимальный уровень САД у женщин в возрасте до 35 лет выявлен у 76%,

ДАД - у 76%; нормальное у 20% и высоконормальное САД - у 4% , а такое же нормальное ДАД - 24% . Артериальная гипертензия не выявлена . В группе исследуемых мужчин в возрасте до 35 лет получены следующие показатели: оптимальный уровень САД выявлен у 85%, ДАД-85%, нормальное САД у 15% и нормальное ДАД-15%. В половом аспекте примечательно, что оптимальное и нормальное АД в 1,5 раза встречалось чаще у мужчин в возрасте от 22 до 35 лет, а высоконормальный уровень АД представлен чаще у женщин, однако артериальная гипертензия в этой возрастной группе, как у женщин, так и у мужчин не встречалась. В возрастном аспекте интересно, что уже у молодых лиц до 35 лет - у четвертой части - отмечено наличие высокого нормального АД . Как и ожидалось, повышение АД чаще встречается среди более зрелого контингента. Средние показатели липидного профиля у изученного контингента оказались следующими: ОХС - $4.83 \pm 0,15$ моль/л-24%, ТГ - $1,106 \pm 0,03$ моль/л-26%, ХЛПНП - $3.34 \pm 0,04$ моль/л-22%, ЛПВП - $1.34 \pm 0,16$ моль/л-33% . При этом выяснилось, что имеются случаи изолированного повышения ОХС: у женщин только в возрасте от 25-34 лет - в 8% случаев, у мужчин 25-34 лет - в 5% случаев . Изолированное повышение ТГ и ЛПНП не выявлено ни у мужчин, ни у женщин. Сочетанное повышение двух либо трёх указанных показателей в данной возрастной категории не отмечено.

Выводы. Полученные результаты однозначно подтверждают необходимость проведения диспансеризации среди молодого населения, благодаря которой удалось выявить АД, относящееся к высокому нормальному у 2%, не смотря на молодой возраст пациентов, которое по современным воззрениям также расценивается как фактор СС риска. Для дифференцировки изолированной офисной АГ у выявленных лиц необходимо дальнейшее их обследование с использованием суточного мониторирования АД. Средние цифры ТГ, ХЛПНП находятся в пределах допустимой нормы, а ОХС несколько превышает верхнюю границу нормы, при этом дислипидемия встречается с одинаковой частотой, как у женщин, так и у мужчин в данной возрастной группе.

МАЛОВЕСНОСТЬ ДЕВОЧЕК ПРИ РОЖДЕНИИ И ИХ СОСУДИСТЫЙ СТАТУС ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

**Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Роговая А.А., Иванова А.Н., Терещенко Н.В.
ФГБОУ ВО «СтГМУ», ГБУЗ СК «ГКБ№3», Ставрополь, Россия**

Актуальность: в настоящее время в РФ рождается 5,9% детей с низкой массой тела. Общеизвестным является факт, что маловесность при рождении может стать причиной сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. По данным отдельных авторов, стандартизированный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, родившихся с массой менее 2500 г достигает 80%.

Так как артериальная жесткость является одним из главных предикторов сердечно-сосудистых заболеваний, то изменения эластических свойств сосудов при беременности могут иметь прогностическую роль в отношении развития как акушерских осложнений, так и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем.

Цель: оценить особенности сосудистого статуса при беременности с учетом маловесности при рождении.

Материалы и методы: обследовано 167 беременных женщин (средний возраст $28 \pm 2,3$ л) с учетом срока гестации (до 20-й и после 20-й недели), проводилась оценка сосудистого статуса с использованием аппарата VPLab (Россия). Оценивались основные показатели сосудистой ригидности и центрального аортального давления в суточном формате (всего более 20 показателей). Основную группу составили женщины с весом при рождении < 2500 г ($n=38$, ср. возраст $28 \pm 2,1$ л), группу сравнения – женщины с нормальным весом при рождении ($n=129$, средний возраст $28 \pm 2,4$ л). Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты: выделенные группы различались по среднесуточным значениям периферического АД, продемонстрировав большие значения в основной группе (126/80 и 121/72 мм рт. ст. до 20 нед беременности; 119,5/76 и 120/68 мм рт. ст. после 20 нед беременности, соответственно) ($p < 0,05$). Скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}) большие значения имела в основной группе, достигнув достоверных различий после 20 нед беременности (1 группа: до 20 нед - 9,3 м/с, после 20 нед - 9,8 м/с; 2 группа: до 20 нед – 7,5 м/с, после 20 нед – 7,9 м/с). Индекс ригидности артерий (Asi) в основной группе имел более высокие значения на всем протяжении беременности (1 группа: до 20 нед - 137 мм рт. ст., после 20 нед - 130 мм рт. ст.; 2 группа: до 20 нед – 122,5 мм рт. ст., после 20 нед - 122 мм рт. ст.). Показатель индекса аугментации в аорте (AiX_{ao}) так же достоверно выше оказался в 1 группе (21% и -11%, во 2 группе - 4% и 2,5% соответственно). Частота развития осложнений беременности (преэклампсия, гестационная АГ, СЗРП, антенатальная гибель плода) в основной группе была в 2,3 раза выше, чем в группе сравнения.

Выводы: Таким образом, беременные с низким весом при рождении характеризовались достоверно более высокими показателями сосудистой жесткости как на периферических сосудах, так и в аорте. Осложнения беременности имели место у каждой 10 женщины с низким весом при рождении. Маловесность при рождении может выступать в качестве дополнительного фактора риска развития осложнений беременности, а в перспективе на зрелый возраст - как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний.

К ВОПРОСУ О ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОМ ИНДЕКСЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**Евсевьева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Щетинин Е.В., Харченко М.Н.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Россия**

Цель. Определение особенностей асимметрии АД на всех конечностях у лиц молодого возраста, с учетом уровня лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

Материал и методы. Обследован 71 юноша в возрасте от 19 до 25 лет на базе Центра студенческого здоровья СтГМУ в рамках проекта «Вуз здорового образа жизни». Исследование проводили при помощи аппарата Vasera VS-1500 («FukudaDenshi», Япония), который предполагает одновременное наложение манжеток на 4 конечности. Оценивали такой показатель как лодыжечно-плечевой индекс давления (ankle-brachial index-ABI), отражающий соотношение уровня давления на нижних и верхних конечностях.

Этот показатель изначально предложен для определения степени стеноза/окклюзии артерий нижних конечностей (НК) в результате атеросклероза. О нарушении кровотока в НК свидетельствует показатель ЛПИ ниже 1,0. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ «Statistica 10.0» (StatSoftInc,USA).

Результаты. Из 71 юноши у 21 человека, то есть в 29,6% случаев показатель ЛПИ оказался ниже 1,0 на уровне от 0,99 до 0,7, что соответствует пограничному значению и мягкой степени нарушения кровотока в НК. Среди обследованных с пониженным ЛПИ средний уровень САД справа составил $142,19 \pm 3,26$ мм.рт.ст., САД слева $141,71 \pm 3,24$ мм.рт.ст. Разница АД между правой и левой ногой была более выраженная – до 6 мм ст.ст. со значениями 144,43 мм.рт.ст. и 138,76 мм.рт.ст. соответственно. Сравнивая средние показатели САД по вертикали обнаружили, что разница между ногами и руками составила по правой стороне 2,24 мм.рт.ст, по левой 2,95 мм.рт.ст. в сторону повышения на верхних конечностях. Среднее значение САД по левой стороне выше. ДАД правой руки и ноги составило 79,57 мм.рт.ст. и 72,28, по левой же стороне - 78,66 и 72,85 мм.рт.ст.

Выводы. Среди юношей с наличием сниженного показателя ЛПИ САД и ДАД на руках оказалось выше аналогичных показателей на ногах в среднем на 2-3 и 6-7 мм рт.ст. Различия по САД между ногами также достигали 6 мм рт.ст. При отсутствии явного атеросклероза у изученной категории лиц в силу их молодого возраста необходимо дальнейшее исследование возможных механизмов выявленной асимметрии АД у молодого контингента.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

**Евсеева М.Е., Прохоренко-Коломойцева И.И., Сергеева О.В., Калашникова А.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Россия**

Цель: изучить особенности жирового и углеводного обменов у молодых женщин с репродуктивной дисфункцией и наличием метаболического синдрома.

Материал и методы. В исследование включены 49 женщин (Ж) в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст – $28,4 \pm 0,7$ лет), обратившиеся в Ставропольский эндокринологический диспансер по направлению гинеколога по причине репродуктивной дисфункции. Всем женщинам поставлен диагноз метаболического синдрома (МС). У обследуемых Ж уровень САД находился в диапазоне от 103 до 170 мм.рт.ст. (среднее значение – $131,7 \pm 1,9$ мм.рт.ст.); ДАД – 58-108 мм.рт.ст. (среднее значение – $93,4 \pm 1,2$ мм.рт.ст.). ИМТ был от 26,8 до 52,19 (среднее значение – $33,9 \pm 0,7$). Исследование глюкозы производилось с использованием капиллярной крови из пальца с помощью анализатора глюкозы и лактата SuperGL, Abulance, Easy Dr. Muller (Германия). Для определения липидограммы оценивалась венозная кровь с помощью автоматического биохимического анализатора крови (А-15), BioSystems (Испания). Выполнялась оценка таких показателей как: общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП); глюкоза крови натощак (ГКН). Сформировано две группы наблюдения Ж с нарушением жирового обмена: 1я группа – Ж, имеющие

один показатель, отклоненный от нормы и 2я группа – Ж – 2я и более показателями. Ж с нарушением углеводного обмена рассматривались отдельно. Данные обработаны с помощью пакета программ Excel 2007 (Microsoft, USA).

Результаты. В ходе анализа липидограммы, было выявлено, что 17 Ж имели повышение или снижение одного из показателей жирового обмена, а 32 Ж – двух и более, что составляет 34,7% и 65,3% соответственно. При более детальном исследовании 1ой группы выявлено, что из 17 Ж повышенный ОХ обнаружен у 5 обследованных, что составило 29,4%, та же картина наблюдалась и с высоким значением ТГ. Повышение ЛПНП коснулось 6 пациенток (35,3%), а снижение ЛПВП выявлено у одной Ж (5,9%). Далее более подробно была изучена 2я группа наблюдения. Из 32 исследуемых половину составили Ж с 2я показателями, отклоненными от нормы, которые были представлены в следующих комбинациях: ОХ+ЛПНП – 9 (28,1%); ОХ+ТГ – 3 (9,4%); ТГ+ЛПВП(снижение) и ТГ+ ЛПНП по 2 Ж (6,3%). Увеличение 3х показателей встречалось у 13 обследованных в фиксированной комбинации – ОХ+ТГ+ЛПНП, что составило 40,6%. Отклонение 4х показателей липидограммы от нормы, были зафиксированы у 3 Ж, что равнялось 9,4%. Что касается углеводного обмена- ни у одной из 49 Ж не было выявлено гипергликемии натощак.

Заключение. Несмотря на молодой возраст женщин, направленных на консультацию к эндокринологу гинекологом по поводу репродуктивной дисфункции, каждая из них имеет нарушение жирового обмена. Подавляющее большинство Ж имеют изменения 2х и более показателей липидограммы. Однако ни одна из них не отличалась наличием гипергликемии натощак. То есть у данной категории пациенток наличие дислипидемии является неотъемлемым атрибутом МС, в отличии от гипергликемии натощак. Эти данные целесообразно использовать для оптимизации программы комплексного ведения указанной категории женщин в процессе коррекции их проблем репродуктивной сферы.

СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОБУЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ефимова Л.П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель: совершенствование организации лечебно-профилактической помощи пациентам путем внедрения обучающих структурированных программ по модели «отделение (кабинет) медицинской профилактики, врач – медсестра – пациент» (на примере профилактики сердечно - сосудистых заболеваний).

Методы исследования: объектами исследования были пациенты, проходившие обучение в Школах для больных кардиологического профиля отделения профилактики Сургутской окружной клинической больницы в 2016 г. и медицинские сестры отделения профилактики со средним образованием и специальной подготовкой по профилактике неинфекционных заболеваний. В отделении в 2016 г было утверждено в штатном расписании 3,0 штатных должности среднего медицинского персонала. Обучающая структурированная программа была разработана нами в соответствии с концепцией

факторов риска и стратегией вторичной профилактики сердечно - сосудистых заболеваний.

Результаты исследования: В 2016г. в школах самоконтроля по нозологическому принципу были обучены 173 пациента. Из них обучение в школе для больных АГ – 71, для больных ИБС – 102. Перед началом занятий врач ознакомился с результатами психологической самодиагностики пациентов и определял состав группы обучающихся. Все пациенты получали 2 профилактических консультации кардиолога, 1 профилактическую консультацию психолога. Всего в течение года было проведено 330 консультаций кардиолога и 173 консультации медицинского психолога. Группы пациентов из 5 человек прошли 3 занятия, тематика которых включала факторы риска сердечно - сосудистых заболеваний, самоконтроль заболевания и самоконтроль лечения. Было проведено 105 лекционных и столько же практических занятий при аудиторном и внеаудиторном сопровождении средним медперсоналом. Пациенты на занятии заполняли индивидуальные карты-задания. После проведения занятия медицинская сестра посещала обучающихся в палатах и контролировала заполнение карт-заданий для оценки уровня усвоения пациентами информации, навыков и умений самоконтроля. Всего проведено занятий средним медперсоналом в порядке сопровождения 340. На 1 занятии проводили вводный контроль уровня знаний и умений слушателей. В исследовании установлено, что 92% больных были информированы о лечебном питании и ожирении, 88% - о значении артериальной гипертензии, 95% - о значении психоэмоционального стресса в формировании и прогрессировании сердечно - сосудистых заболеваний. Самый низкий уровень информированности – 46% был о физической активности. Приемами самоконтроля владели только 45% пациентов. В результате обучения все пациенты были информированы о факторах риска сердечно - сосудистых заболеваний и были обучены приемам самоконтроля.

Вывод: новые методические подходы к обучению и новые формы его организации с использованием потенциала медицинских сестер, позволяют повысить эффективность профилактического обучения.

СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОБУЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ефимова Л.П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель: совершенствование организации лечебно-профилактической помощи пациентам путем внедрения обучающих структурированных программ по модели «отделение (кабинет) медицинской профилактики, врач – медсестра – пациент» (на примере профилактики сердечно - сосудистых заболеваний).

Методы исследования: объектами исследования были пациенты, проходившие обучение в Школах для больных кардиологического профиля отделения профилактики Сургутской окружной клинической больницы в 2016 г. и медицинские сестры отделения профилактики со средним образованием и специальной подготовкой по профилактике неинфекционных заболеваний. В отделении в 2016 г было утверждено в штатном

расписании 3,0 штатных должности среднего медицинского персонала. Обучающая структурированная программа была разработана нами в соответствии с концепцией факторов риска и стратегией вторичной профилактики сердечно - сосудистых заболеваний.

Результаты исследования: В 2016г. в школах самоконтроля по нозологическому принципу были обучены 173 пациента. Из них обучение в школе для больных АГ – 71, для больных ИБС – 102. Перед началом занятий врач ознакомился с результатами психологической самодиагностики пациентов и определял состав группы обучающихся. Все пациенты получали 2 профилактических консультации кардиолога, 1 профилактическую консультацию психолога. Всего в течение года было проведено 330 консультаций кардиолога и 173 консультации медицинского психолога. Группы пациентов из 5 человек прошли 3 занятия, тематика которых включала факторы риска сердечно - сосудистых заболеваний, самоконтроль заболевания и самоконтроль лечения. Было проведено 105 лекционных и столько же практических занятий при аудиторном и внеаудиторном сопровождении средним медперсоналом. Пациенты на занятии заполняли индивидуальные карты-задания. После проведения занятия медицинская сестра посещала обучающихся в палатах и контролировала заполнение карт-заданий для оценки уровня усвоения пациентами информации, навыков и умений самоконтроля. Всего проведено занятий средним медперсоналом в порядке сопровождения 340. На 1 занятии проводили вводный контроль уровня знаний и умений слушателей. В исследовании установлено, что 92% больных были информированы о лечебном питании и ожирении, 88% - о значении артериальной гипертензии, 95% - о значении психоэмоционального стресса в формировании и прогрессировании сердечно - сосудистых заболеваний. Самый низкий уровень информированности – 46% был о физической активности. Приемами самоконтроля владели только 45% пациентов. В результате обучения все пациенты были информированы о факторах риска сердечно - сосудистых заболеваний и были обучены приемам самоконтроля.

Вывод: новые методические подходы к обучению и новые формы его организации с использованием потенциала медицинских сестер, позволяют повысить эффективность профилактического обучения.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**Жазыкбаева Л.К., Бекишева К.А., Нурумжанова Д.Е., Задобекова Н.К., Казис М.К.,
Русланов С.Р.**

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель исследования: изучение эффективности немедикаментозной терапии при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Методы исследования: Обследовано 56 больных с ХОБЛ. Среди обследованных 28 мужчин, 28 женщин в возрасте от 39 до 65 лет. Средний возраст больных составил $52,3 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания - $14,3 \pm 0,9$ лет. I контрольную группу составили 28 больных ХОБЛ, которым проводилась в течение трех недель традиционная базисная

терапия: бронхолитики, отхаркивающие препараты, антибиотики; II группу составили 28 больных ХОБЛ, которым применялась электростимуляция дыхания (ЭСД) на фоне традиционной терапии. Исследование ФВД осуществлялось с помощью компьютерной спирографии (фирма Jaeger, Германия) по общепринятой методике. Газовый состав и рН артериальной крови определяли микрометодом Astrup с помощью аппарата ABC-I фирмы «Radiometer» (Дания). Исследование центральной и легочной гемодинамики проводилось методом эходопплеркардиографии с помощью аппарата HEWLETT PACKARD SONOS 100 (США). Для проведения электростимуляции дыхания использовались электростимулятор дыхания «ЭСД-2П» (Россия).

Результаты: Анализ изучаемых показателей выявил эффективность терапии во второй группе, о чем свидетельствует достоверное возрастание всех показателей. При исследовании больных контрольной группы функция внешнего дыхания улучшилась, но в меньшей степени. Сравнительный анализ показателей газового состава крови в основной и контрольной группах показал, что во второй группе после терапии наступает значительное уменьшение гипоксемии и гиперкапнии, о чем свидетельствует повышение PaO_2 на 13% ($P<0,01$) и SaO_2 на 10 % ($P<0,05$), снижение $PaCO_2$ на 12% ($P<0,05$). Комплексная терапия приводит к более существенному улучшению центральной, легочной гемодинамики.

Выводы:

1. Электростимуляция дыхания является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения ХОБЛ, так как приводит к значительному улучшению функции внешнего дыхания, подтверждающаяся повышением объемных и скоростных показателей ФВД.
2. Включение электростимуляции дыхания в комплексную терапию больных ХОБЛ, положительно влияет на центральную и легочную гемодинамику, снижая давление в легочной артерии и общее периферическое сопротивление сосудов.
3. Применение ЭСД терапии оказывает достоверное уменьшение гипоксемии и гиперкапнии, что приводит к значительному улучшению газового состава артериальной крови у больных ХОБЛ.
4. При ХОБЛ наиболее целесообразным является проведение комплексной терапии с электростимуляцией дыхания. Комплексная терапия приводит к более существенному улучшению центральной, легочной гемодинамики, функции внешнего дыхания, газового состава артериальной крови.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Жазыкбаева Л.К., Эльбрус И.Э., Данияр Ш.А., Мухаммедов И.М., Жансейтова М.Б., Кабаев А.И.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель исследования: изучение комбинированной терапии беродуалом и фликсотидом у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы: Обследовано 50 больных ХОБЛ, среди них 25 женщин, 25 мужчин в возрасте от 45 до 62 лет. Длительность заболевания составила - $18,6 \pm 0,98$ лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на следующие группы:

1-ю контрольную группу составили 25 больных ХОБЛ, которым проводилась в течение 10 дней традиционная терапия - бронхолитики, отхаркивающие препараты, антибиотики;

2-ю группу составили 25 больных ХОБЛ, которым назначалось сочетание беродула и фликсотид по необходимости в сутки в течение 10 дней. Беродуал назначали по 8-10 капель утром и вечером через небулайзер, фликсотид 1000 мкг утром и вечером.

Всем больным исходно проводилась компьютерная спирография. Исходно у всех больных ХОБЛ выявлено достоверное снижение объемных и скоростных показателей функции внешнего дыхания.

Результаты: Анализ изучаемых показателей выявил эффективность терапии во второй группе, о чем свидетельствует достоверное возрастание всех показателей: увеличение жизненной емкости легких на 32%, форсированной жизненной емкости легких – на 58%, объема форсированного выдоха за 1 сек. – на 61%, индекса Тиффно - на 29%, урежение частоты дыхания – на 69%, повышение скоростных показателей пиковой объемной скорости на 42%, на уровне мелких бронхов МОС25 – на 25%, на уровне средних бронхов МОС 50 – на 96%, на уровне крупных бронхов МОС 75 – на 102%. При исследовании больных контрольной группы функция внешнего дыхания (ФВД) улучшилась, о чем подтверждает увеличение скоростных и объемных показателей, но в меньшей степени.

Сравнительный анализ показателей газового состава крови в основной и контрольной группах показал, что после терапии беродуалом и фликсотидом наступает значительное уменьшение гипоксемии и гиперкапнии, о чем свидетельствует повышение PaO_2 на 10% ($P < 0,01$) и SaO_2 на 5 % ($P < 0,05$), снижение $PaCO_2$ на 11% ($P < 0,05$).

Анализ полученных данных проводился статистической программой SPSS.

Преимущество терапии во второй группе сказалось на динамике частоты клинических симптомов у больных на фоне лечения. У пациентов данной группы, кашель, выраженная одышка и сухие хрипы при аускультации после лечения встречались достоверно реже.

Выводы: Комбинированная терапия беродуалом и фликсотидом у больных с хронической обструктивной болезнью легких, оказывает выраженный респираторный эффект.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Жексембаева С.О., Махатова А.О., Шайхинова М.Б.

Карагандинский государственный медицинский университет,

Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение эффективности антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий в поликлинических условиях.

Методы исследования. В исследование включено 66 больных фибрилляцией предсердий в возрасте от 35 до 78 лет. Из них 34 (51,5%) мужчин и 32 (48,5%) женщин. У всех больных

была произведена оценка тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc, риска кровотечений по шкале HAS-BLED. Был оценен эффективность антитромботической терапии на амбулаторной практике в зависимости от риска тромбоэмболических осложнений на основании анкетирования пациентов и анализа медицинской документации.

Результаты. Практически все обследованные 94,6% имели артериальную гипертензию, 32,4%-хроническую сердечную недостаточность, 20,8% страдали сахарным диабетом, а 21,0% перенесли инфаркт миокарда. Перманентную форму фибрилляции предсердий имели 52,8% человек, персистирующую 33,6% человек, пароксизмальную-13,6% человек. Факторы риска тромбоэмболизма 0 баллов по шкале CHA2DS2-VASc, то есть отсутствовала у 0,4% пациентов, 1 балл по шкале CHA2DS2-VASc имели 5,0% пациентов, 2 балла-21,3%, 3- балла -22,8%, 4 балла-20,7%, 5 баллов -16,3%, 6 баллов-9,2%, 7 баллов - 2,7%, 8 баллов -1,6% пациентов.

Следует отметить, что подавляющее большинство обследованных пациентов относились к категории высокого риска и имели абсолютное показание к терапии антикоагулянтами. Анализ терапии в амбулаторных условиях показал, что значительная доля больных, которым были показаны антикоагулянты, принимали дезагреганты. Из дезагрегантных препаратов принимали аспирин -60,8% обследуемых, клопидогрел – 6,7%, двойную дезагрегантную терапию (аспирин + клопидогрел) - 0,8% пациента. При этом 6 пациентов не получавших никакой антикоагулянтной терапии, средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил 3 балла, по шкале HAS-BLED- 1-2 балла, высокий риск кровотечений по шкале HAS-BLED имел всего один пациент. При анкетировании пациентов, не принимавших, оральных антикоагулянтов было выяснено, что 4 пациента ранее принимали варфарин, но отказались от приема препарата по различным причинам.

Варфарином терапию получали 3 пациента, из них у 1 больного прослеживаются лабильные показатели международного нормированного отношения (МНО). Всем пациентам, которые получают терапию дезагрегантами, была предложена терапия варфарином, однако пациенты отказались от терапии варфарином, вследствие возможных трудностей контроля МНО.

Выводы. Таким образом, ограниченные возможности определения МНО при приеме варфарина обуславливают сложности в подборе дозы препарата, и решить эту проблему можно при условии доступности метода определения МНО.

Альтернативой варфарину могут служить новые пероральные антикоагулянты, эффективность которых установлены у больных с фибрилляцией предсердий.

ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ

**Жусупова А.М., Асан Е., Абильтаева М., Мадеш Э., Рахимова Б., Сабитов К.,
Алжаппаров Б.**

**Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан**

Цель: уточнить особенности клинических проявлений артериальной гипертензии и особенности суточного профиля АД у больных хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы исследования. Основу наблюдений составили 116 больных: 86 пациентов (основная группа) с хроническим гломерулонефритом (ХГН) и артериальной гипертензией (АГ), 30 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭГ). Средний возраст больных был $38,2 \pm 13,6$ лет, продолжительность ХГН - $5,8 \pm 2,2$ лет. Проводилось стандартное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Статистическая обработка материала выполнена с помощью пакетов прикладных программ Statistica 7.0.

Результаты исследования. Сравнительный анализ в группах больных ХГН с АГ и ЭГ показал значительные различия ($\chi^2=54,07$, $p<0,0001$) субъективных ощущений у пациентов, связанных с повышенным артериальным давлением по таким критериям как головные боли, «тяжесть» в голове, снижение работоспособности, плохой сон. Лишь 13 (15,1%) больных ХГН указывали на вышеперечисленные жалобы при повышенном АД у них. В анамнезе не отмечалось гипертензивных кризов. В случае ЭГ 22 (73,3%) пациента констатировало наличие выше указанных жалоб во время повышения АД. У трети из них имели место гипертензивные кризы. Результат анализа жалоб на плохое самочувствие в зависимости от степени тяжести АГ больными ХГН и ЭГ также имел достоверные отличия ($\chi^2=20,82$, $p<0,00001$; $\chi^2=32,66$; $p<0,00001$ и $\chi^2=13,92$, $p<0,001$). Так при 1 степени АГ в группе ХГН жалоб на плохое самочувствие при повышении АД практически не было. При 2 и 3 степени АГ самочувствие ухудшалось (28,6% и 33,3% больных соответственно). Напротив, при ЭГ более половины пациентов (66,7%) уже при 1 степени, и подавляющее большинство при 2 и тем более при 3 степени АГ (71,4% и 100% соответственно) отмечали плохое самочувствие при повышенном АД. Анализ показателей средних значений САД и ДАД у больных ХГН с АГ в целом по сравнению с ЭГ не выявил достоверных отличий. При анализе суточного ритма АД у больных ЭГ преимущественно страдало САД (СИ составил $8,9 \pm 5,0\%$), тогда как СИ ДАД имел нормальные значения ($13,3 \pm 3,7\%$). В отличие от них у гипертензивных больных ХГН нарушение суточного ритма АД в виде недостаточного его ночного снижения касалось как САД (СИ = $5,1 \pm 3,3\%$), так и ДАД (СИ = $6,7 \pm 3,0\%$). Особо значимая разница показателей СИ касалась ДАД: у больных ХГН с АГ в отличие от лиц с ЭГ он был хуже ($6,7 \pm 3,0$ против $13,3 \pm 3,7\%$, $p<0,01$). Нормальный суточный ритм АД оставался менее чем у 1/4 больных ХГН, а в случае ЭГ – у половины.

Заключение. Больные ХГН хорошо переносят наличие у них АГ, что может создавать трудности для своевременной диагностики основного заболевания и низкой приверженности больных ХГН к антигипертензивной терапии. У больных ХГН наблюдается нарушение суточного ритма АД в виде недостаточного ночного снижения систолического и диастолического АД по сравнению с пациентами с эссенциальной АГ ($p<0,01$).

О СОВРЕМЕННОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Жусупова А.М., Шаяханова Н., Жауылбай А., Майлыбаева Э., Ахметжанова А.

**Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан**

Цель: изучить особенности клинического течения хронического пиелонефрита (ХП) у больных гипотиреозом.

Материал и методы исследования. В исследование включено 20 пациентов (3 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 40 до 59 лет с первичным гипотиреозом в фазе декомпенсации на фоне аутоиммунного тиреоидита и ХП в фазе обострения. Средний возраст пациентов составил $54,2 \pm 3,7$ лет, средняя продолжительность гипотиреоза - $7,8 \pm 1,45$ лет. Анализировались клинические симптомы ХП, течение и продолжительность болезни, время после установления диагноза. Диагноз ХП устанавливали согласно классификации Н.А. Лопаткина (1992).

Результаты исследования. У 17 больных гипотиреозом был диагностирован первичный необструктивный пиелонефрит, у 3 - вторичный пиелонефрит на фоне микронефролитиаза. ХП был выявлен 6-10 лет назад у 7 человек, 1-5 лет назад у 9 и впервые выявлен при настоящем поступлении в клинику у 4. У большинства больных (16 человек) ХП верифицирован на фоне имеющегося гипотиреоза. Латентное течение пиелонефрита наблюдалось у 18 больных и у 2 - непрерывно-рецидивирующее течение. В обследованной группе ХП наиболее часто выявлялся у больных с длительностью гипотиреоза более 5 лет. В клинической картине больных гипотиреозом и ХП наблюдалась скудная симптоматика, указывающая на хронический воспалительный процесс в почках, доминировали симптомы гипотиреоза (увеличение массы тела, сухость, утолщение кожи, ее «желтушный» цвет), огрубение черт лица, увеличение размеров обуви, нечеткость речи. Жалобы на боль в поясничной области предъявляли 4 больных. Учащенное мочеиспускание наблюдалось у 8, положительный симптом поколачивания у 4. Явную клинико-лабораторную картину фазы обострения ХП: лейкоцитурию – 25 000 и более лейкоцитов в 1 мл мочи; бактериурию – 100 000 и более микробных тел в 1 мл мочи, СОЭ свыше 15 мм/ч имели лишь 4 больных. Остальные 16 больных имели признаки латентного воспалительного процесса лейкоцитурия – до 2500 лейкоцитов в 1 мл мочи, бактериурия не превышала 10 000 микробных тел в 1 мл мочи. Азотвыделительная функция почек была сохранена - средний показатель креатинина крови - $0,070 \pm 0,004$ ммоль/л, с тенденцией к гипофильтрации (скорость клубочковой фильтрации $69,2 \pm 2,2$ мл/мин). При ультразвуковом исследовании почек у всех выявлены характерные для ХП изменения: у 11 больных выявлялось расширение полостной системы почек, у 9 - уплотнение полостной системы почек.

Заключение. При гипотиреозе чаще встречалось латентное, малосимптомное течение ХП, обострение заболевания проявлялось скудной клиникой, признаками латентного воспаления в почках. Причиной развития ХП у больных гипотиреозом является ухудшение микроциркуляции, гипофильтрация, в результате снижения обменных процессов, в том числе в почечной ткани, что может приводить к быстрому её инфицированию, длительной персистенции бактерий. В этой связи терапевтический подход при лечении хронического пиелонефрита у больных гипотиреозом должен быть направлен на достижение компенсации гипотиреоза, усиление микроциркуляции в почках.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОЛГОСРОЧНОГО СОХРАНЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ ОЖИРЕНИЯ

Закарьяева С.С., Моллаева Н.Р., Чернышова Т.Е., Мирзоян И.А.

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

ФГБОУ ВО «Дагестанский медицинский университет», Махачкала, Россия

Цель исследования: анализ взаимосвязей психоэмоционального состояния пациентов и факторов риска рикошета массы тела после курса лечения ожирения.

Материал и методы исследования. Клинико-психологическое исследование проведено у 663 пациентов (430 в Удмуртской республике и 233 в республике Дагестан) с избыточной массой тела, из них у 504 женщин (83,6 %) и 159 мужчин (16,4 %), из которых 108 человек прошли курс реабилитации в «Школе красоты и здоровья». Программа включала клинико-лабораторное обследование и психологическое тестирование по опросникам «Стрессоустойчивость и социальная адаптации» (Холмс и Раге), «Психодинамический профиль личности» ISTA 96 (Аммон), «Копинг поведение в стрессовых ситуациях» (Норман), «Опросник пищевого поведения» DEBQ. Программа лечения включала индивидуальную коррекцию диеты и физической нагрузки. Оценка динамики показателей проводилась еженедельно (3 месяца) и дистанционно (2 года). Анализировались пациенты с быстрым и замедленным снижением веса, с рикошетом и без рикошета веса. Обработка материала проведена методом факторного анализа в стандартизированных z-шкалах, методом главных компонент с вращением варимакс.

Полученные результаты. Факторный анализ выявил 3 группы наиболее значимых факторов, повышающий риск развития рикошета веса (процент дисперсии менее 75%). Первая совокупность факторов (29,32% общей дисперсии) объединила показатели с высокой факторной нагрузкой: динамика ИМТ ($r=0,97$) и соотношения окружность талии/окружность бедер ($r=0,95$) в период интенсивного снижения веса (3 месяца). Вторая совокупность факторов (25,6% от общей дисперсии) включала эмоционально-ориентированный копинг ($r=0,73$): избегание стрессовой ситуации, мысленное и поведенческое дистанцирование, использование транквилизаторов, алкоголя, «заедание» проблем как способов психологического «бегства». Показатели отрицательно коррелировали с копингом поведения ($r=-0,85$), ограничительным пищевым поведением ($r=-0,51$) и положительно с экстернальным типом пищевого поведения ($r=0,51$). Третья совокупность факторов (13,3% общей дисперсии выборки) отражала степень адаптации к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, низким потенциалом психической активности ($r=-0,47$), неспособностью к конструктивному поведению ($r=-0,56$).

Выводы. Быстрое снижение веса является предиктором его рикошета. Оценка психоэмоционального состояния пациента и его коррекция – важное условие эффективности лечения ожирения.

ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНИФИКАЦИИ ДИЕТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Залетова Т.С.

ФГБУН "Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи", Москва, Россия

Цель. Обоснование персонализации диетотерапии пациентов с ожирением и инсулинорезистентностью.

Методы исследования. Мы разделили 40 пациентов с ожирением и инсулинорезистентностью на 4 подгруппы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): пациенты с ожирением I степени (ИМТ 30-34,9 кг/м²), II степени (ИМТ 35-39,9 кг/м²), III степени (ИМТ 40-50 кг/м²), пациенты с ИМТ более 50 кг/м². Группы были сопоставимы по возрасту с одинаковым соотношением женщин и мужчин — по 5 в каждой группе. Всем пациентам были проведена оценка основного обмена методом непрямой калориметрии. Были вычислены показатель основного обмена покоя (ккал/сут), скорости окисления основных макронутриентов (углеводов, жиров, белков, гсут). Полученные данные сравнили с ожидаемыми, просчитанными по формуле Харрисона-Бенидикта.

Полученные результаты. В группе с ожирением I степени измеренный показатель оказался на 8% ниже у женщин и на 11% - у мужчин ($p \leq 0,01$). В группе с ожирением II степени расчетный уровень основного обмена ниже на 9% у женщин и на 12% у мужчин ($p \leq 0,01$). В группе с ИМТ 40-50 кг/м² скорости основного обмена была на 12% ниже расчетной у женщин ($p \leq 0,01$) и значимо не отличалась у мужчин (6% при $p > 0,05$). В группе с ИМТ более 50 кг/м² измеренная средняя скорость основного обмена у мужчин была на 22% ниже расчетной ($p \leq 0,01$) и значимо не различалась у женщин (7% при $p > 0,05$). Достоверной разницы по скорости окисления углеводов между группами не получено: ни в группе мужчин, ни в группе женщин. Отмечено увеличение скорости окисления жиров по мере увеличения массы тела. Так, у женщин скорость окисления жиров в группе с ИМТ более 50 кг/м² увеличилась до $152,8 \pm 12,5$ г/сут против $94,3 \pm 10,0$ г/сут в группе с ожирением I степени ($p \leq 0,01$). В группе мужчин увеличилась с $125,9 \pm 12,7$ г/сут (группа с ожирением I степени) до $185,8 \pm 15,8$ г/сут (группа с ИМТ более 50 кг/м²). Скорость окисления белков у женщин с ИМТ от 25 до 50 кг/м² значимо не отличалась, а в группе с ИМТ более 50 кг/м² отмечается увеличение на 10 г/сут ($p \leq 0,05$). Скорость окисления белков у мужчин значимо не отличалась.

Выводы: Таким образом, у пациентов с метаболическим синдромом и ожирением отмечается снижение уровня основного обмена по сравнению со здоровыми людьми (на обследовании которых основывается расчетная формула) в среднем на 8-20%, что необходимо учитывать при разработке диетических рекомендаций для данных пациентов. На основании полученных данных при отсутствии возможности индивидуального измерения у пациента энерготрат основного обмена, можно дать рекомендации по диетотерапии для коррекции массы тела у пациентов с инсулинорезистентностью в зависимости от ИМТ пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ЭНЕРГИИ, БЕЛКЕ, ЖИРАХ И УГЛЕВОДАХ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Залетова Т.С.

ФГБУН "Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи", Москва, Россия

Цель. Определение энерготрат покоя у пациентов с ожирением и ХСНпФВ.

Методы исследования. Всего обследовано 92 человека с ожирением. По данным эхокардиографии и теста оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы (тест с 6 минутной ходьбой) все пациенты имели ХСНпФВ. Исследование основного обмена проводили всем пациентам методом непрямой калориметрии с помощью стационарного метабологафа.

Полученные результаты. Нами были выявлены более низкие показатели основного обмена у пациентов с ХСН по сравнению с пациентами без ХСН: при ожирении I ст. (1687 ± 148 ккал/сут против $1715,5 \pm 63$ ккал/сут, $p > 0,05$), при ожирении II ст. (1635 ± 164 ккал/сут против 1843 ± 52 ккал/сут, $p > 0,05$), при ожирении III ст. (2072 ± 51 ккал/сут против 2334 ± 110 ккал/сут - $p < 0,05$). У пациентов с ХСН была также выявлена достоверно ($p < 0,01$) более низкая скорость окисления углеводов по сравнению с пациентами без ХСН. В ходе исследования было выявлено увеличение скорости окисления белка у пациентов с ХСН по мере прогрессирования ожирения; при этом в группе без ХСН данной закономерности не наблюдалось. Так, в группе с ожирением I ст. скорость окисления белка составила 79 ± 11 г/сут и $55 \pm 3,2$ г/сут, II ст. - 88 ± 6 г/сут и $69,4 \pm 3,94$ г/сут, III ст. - 92 ± 4 г/сут для и $73,75 \pm 3,98$ г/сут для пациентов с ХСН и без ХСН, соотв.

Выводы. Таким образом, ожирение в сочетании с ХСНпФВ по сравнению с ожирением без ХСН сопровождается выраженными изменениями нутриметаболического статуса пациентов, в частности: более низким уровнем основного обмена, снижением скорости окисления углеводов и увеличением скорости окисления белка, что может быть отражением таких патогенетических процессов как уменьшение расхода энергии митохондриальной системой, инсулинорезистентность и катаболизм мышечной ткани. Выявленные особенности обосновывают необходимость оптимизации рационов питания у данной категории больных.

ЭФФЕКТЫ СУКЦИНАТА 3-ОКСИПИРИДИНА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

**Зульфугаров П. К., Семенова Е. В., Руденко А.И., Коваленко Е.Н.
МГУ им. Н. П. Огарева, Саранск, Россия**

Ввиду широкой распространенности заболеваний печени по-прежнему высока потребность в эффективных гепатопротекторных средствах. В ряде работ было показано наличие гепатопротекторных свойств у производных 3-оксипиридина (3-ОП).

Цель исследования: оценка эффектов сукцината 3-ОП в сравнении с берлитионом при экспериментальном токсическом гепатите у мышей.

Материалы и методы исследования. Данный эксперимент был проведен на 40 половозрелых белых мышах обоего пола, находившихся в стандартных условиях вивария. Токсический гепатит (ТГ) воспроизводили путем введения мышам четыреххлористого

углерода – 4 мл/кг однократно внутривенно. Животных разделили на 4 группы (по 10 в группе): 1 группа – интактные мыши; 2 группа – контрольная – мыши с ТГ, которым вводили физиологический раствор 0,1 мл; 3 группа – мыши с ТГ, получавшие сукцинат 3-ОП в дозе 25 мг/кг; 4 группа - мыши с ТГ, получавшие берлитион в дозе 3 мл/кг; вещества вводили внутримышечно 1р/д в течение 5 дней, начиная со следующего дня после введения токсиканта.

Забор материала для исследования осуществляли под уретановым наркозом, соблюдая «Правила работы с участием лабораторных животных». В крови мышей определяли уровень активности аланиновой трансаминазы (АЛТ) и аспарагиновой трансаминазы (АСТ), а также изучали гистологическую картину печени. Статистическую обработку показателей проводили с определением Т-критерия Стьюдента, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Введение четыреххлористого углерода приводило к достоверному повышению уровня активности АЛТ (с $1,1 \pm 0,08$ мккат/л у интактных мышей до $1,96 \pm 0,15$ мккат/л в контроле) и АСТ (с $1,18 \pm 0,1$ мккат/л у интактных мышей до $1,8 \pm 0,1$ мккат/л в контроле). Функциональные нарушения подтверждались гистологическими данными: в контроле отмечалось нарушение архитектоники печени, выраженная инфильтрация стромы клеточными элементами, ступенчатые некрозы гепатоцитов, тяжелая белковая дистрофия гепатоцитов. Это сопровождалось гибелью 25% животных в группе контроля.

Сукцинат 3-ОП показал антиоксическое действие на экспериментальной модели, о чем свидетельствовало снижение летальности до 12,5%, при сопоставимой летальности в группе препарата сравнения берлитиона – 12%. При введении сукцината 3-ОП отмечалось достоверное снижение АЛТ до $1,55 \pm 0,4$ мккат/л. Активность АСТ достоверно снижалась до $1,08 \pm 0,18$ мккат/л. В группе берлитиона снижение показателей АЛТ и АСТ происходило до $1,5 \pm 0,13$ мккат/л и до $1,16 \pm 0,05$ мккат/л, соответственно. Сукцинат 3-ОП препятствовал нарушению архитектоники печени, развитию обширных некрозов гепатоцитов. Сходные изменения отмечались и в группе берлитиона.

Выводы. На модели ТГ был выявлен гепатопротекторный эффект сукцината 3-оксипиридина, проявляющийся в улучшении гистологической картины печени, а также в положительных изменениях АЛТ и АСТ в сыворотке крови, что было сопоставимо с эффектом берлитиона.

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН СУДОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Иванов А.А.

АО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА», Санкт-Петербург, Россия

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем современного здравоохранения ввиду быстрого роста этого заболевания во всем мире, часто приводящего к инвалидизации или смерти. В связи с этим сахарный диабет относится к социально-значимым болезням, что требует дальнейшего его изучения, особенно у активной части населения.

Цель работы - изучение уровня глюкозы крови натощак и распространенность гипергликемии у работников различных возрастов современного промышленного производства.

Материалы и методы. Анализу подвергнута часть материалов комплексных медицинских обследований работников одного из предприятий судостроительного производства г. Санкт-Петербурга. Всего было обследовано 192 работника - мужчин в возрасте от 31 до 60 лет, которые были разделены на 3 возрастные группы: 31-40 лет (74 человека), 41-50 лет (56 человек) и 51-60 лет (62 человека).

Результаты исследования. По среднему уровню глюкозы крови натощак 1-я и 2-я возрастные группы достоверно не отличались между собой. Средний уровень гликемии в этих группах оказался в пределах общепринятой нормы и составил $5,1 \pm 0,09$ ммоль/л и $5,4 \pm 0,15$ ммоль/л соответственно. В то же время у работников 3-ей возрастной группы уровень гликемии натощак оказался равным $6,35 \pm 0,31$ ммоль/л. То есть у работников старшей возрастной группы отмечалось не только достоверное превышение среднего уровня гликемии по сравнению с 1-ой и 2-ой группами ($p < 0,001$), но и превышение общепринятой нормы. Однако средние величины биохимических показателей в крови не дают всей необходимой и возможной информации о состоянии углеводного обмена у обследованных лиц. В связи с этим исследовали распространенность отклонений от нормы показателей глюкозы крови. Распространенность гипергликемии в 1-й группе составила 5,8%, что оказалось достоверно ниже, чем во 2-й возрастной группе ($p < 0,05$) и в 3-й возрастной группе ($p < 0,001$), где этот показатель был равен 21,8% и 43,9% соответственно.

Выводы: Распространенность гипергликемии у мужчин в организованном коллективе увеличивается за десять лет на 15-20%, причем работники старше 50 лет являются потенциально неблагополучными по развитию сахарного диабета.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Изварина О.А., Аникин В.В., Николаева Т.О.

Тверской государственной медицинский университет, Тверь, Россия

В климактерическом периоде у женщин инволютивная гипозэстрогения сопровождается повышением артериального давления (АД) и изменением его суточных колебаний. Для изучения особенностей суточного профиля АД (СПАД) в перименопаузальном периоде были обследованы 118 женщин с артериальной гипертонией (АГ) (средний возраст $49,4 \pm 5,2$ года) и 36 лиц без нее ($48,1 \pm 2,6$ года). При суточном мониторинге АД (аппарат Кардиотехника-04-АД, «Инкарт», Санкт-Петербург) анализировались среднее систолическое и диастолическое АД, степень их ночного снижения (СНС), величина (ВУП) и скорость (СУП) утреннего подъема.

Результаты. «Офисное» измерение АД показало, что в пременопаузе АГ 1 степени выявлялась у 48,2% женщин, а 2 степени - у 46,5% больных. Наступление менопаузы привело к значительному увеличению числа лиц с АГ 2 степени (81,6%), наряду с достоверным повышением количества случаев АГ 3 степени (15%). При изучении СПАД

было установлено, что у женщин с АГ наступление менопаузы сопровождалось увеличением среднедневных значений систолического АД (с $146,4 \pm 6,3$ мм рт.ст. до $163,7 \pm 5,1$ мм рт.ст., $p < 0,05$). Кроме того, в постменопаузе достоверно нарастала величина (с $61,4 \pm 1,7$ до $70,1 \pm 2,3$ мм рт.ст., $p < 0,05$) и скорость (с $11,2 \pm 1,1$ до $15,4 \pm 1,6$ мм рт.ст., $p < 0,05$) утреннего подъема систолического АД. Достаточную СНС в постменопаузе имели только 51,7% женщин с АГ, тогда как в пременопаузе этот показатель составил 71,43% ($p < 0,05$). При этом до наступления менопаузы у 19,64% лиц с АГ отмечалось чрезмерное снижение АД во время сна, а в постменопаузе – значительное преобладание по сравнению с пременопаузой (с 8,93% до 41,38% соответственно, $p < 0,05$) лиц с недостаточной СНС систолического АД. У женщин с АГ частота встречаемости патологических суточных профилей (недостаточное и чрезмерное снижение в ночные часы) для систолического АД возрастала с 29% до 48%, а для диастолического - с 38% до 57% ($p < 0,05$).

У женщин без АГ в пременопаузе преобладал нормальный СПАД (у 89,47% лиц), что свидетельствовало о сохранности у них механизмов регуляции АД, но на фоне возрастной половой инволюции увеличивалось число лиц с недостаточной степенью ночного снижения АД (с 10,53% в пременопаузе до 17,56% в постменопаузе). Кроме того, у 8,3% лиц без АГ была выявлена «гипертония белого халата», которая при сочетании факторов риска, начальных метаболических нарушениях может трансформироваться в манифестную форму АГ.

Таким образом, переход от пре- к постменопаузе у женщин с АГ сопровождался не только повышением систолического АД, но и нарастанием величины и скорости его утреннего подъема, что может стать причиной развития цереброваскулярных осложнений. Изучение аналогичных показателей у женщин без АГ показало, что наступление постменопаузы характеризовалось повышением среднесуточных значений САД и ДАД, нарушением их утренней динамики, а также нарушением циркадного ритма АД.

**ИНТЕГРАЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ
ВЗАИМОСВЯЗЕЙ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗОВ ФАКТОРОВ РИСКА
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЕ**
Инарокова А.М., Гукетлова А.А., Муртазова Л.А., Шомахова З.Д., Емжуева Д.М.
Кабардино-Балкарский государственный университет , Нальчик , Россия

В силу определенных причин в последние десятилетия наиболее распространенным видом профессиональной деятельности мужского населения региона стала работа, связанная с автотранспортными перевозками в ситуации постоянного страха за личную жизнь, жизнь других участников дорожного движения, сохранность груза и автомобиля. Уровень прессинга на социально-психологические и психофизиологические свойства водителей автотранспорта (ВА) в этих условиях весьма значительно. Цель - выявление социальных, психологических и соматических взаимосвязей среди ВА с АГ.

Методы исследования. Стандартизованными методами обследована случайная репрезентативная выборка ВА 20-59 лет (584 чел.), в динамике ч/з три года-472 ч. Выборка формировалась из списков, полученных в отделе кадров автотранспортных

предприятий. В группу сравнения вошли лица, не управляющие автотранспортом, сопоставимые по возрасту и месту проживания с контрольной группой.

Результаты. Частота АГ у ВА составила 32,3 %, у мужчин не управляющих автотранспортом (НВ) 23,2%. Каждый четвертый среди ВА (23,3%) курит, а 20,6% употребляют алкоголь. Избыточная масса тела (ИМТ) отмечена у 62,3% и с возрастом статистически значимо увеличивается ($p < 0,05$). Данные по факторам риска (ФР) среди ВА выше, чем у НВ. Среди ВА гиперхолестеринемия (ГХ) выявлена в 96,7% случаев, а среди НВ в 90,7% случаев. Время реакции у ВА, употреблявших алкоголь длиннее, чем у лиц не употреблявших как в группе с АГ, так и у водителей без АГ. Среди употреблявших алкоголь чаще регистрировали ДТП, чем в группе не употреблявших ($p < 0,05$). В группе ВА с АГ количество совершивших одно и более ДТП оказалось 75%, в то время как в группе с нормальным АД их было 32%. Из психологических наиболее значимы: ошибки в реакции запаздывания на движущийся объект; шкалы, характеризующие степень импульсивности невротической переработки тревоги и импульсивность; шкалы, характеризующие ригидность и потребность в удовлетворении привязанностей и дружелюбие. Из профессиональных факторов значимы - вид автотранспорта и трудности в отношениях с администрацией. За три года эпидемиологическая ситуация ухудшилась ($p < 0,05$) относительно АГ и гиперхолестеринемии, степени импульсивности невротической переработки тревоги и импульсивности, шкал, характеризующих ригидность, а курение, ИМТ и употребление алкоголя значимо не изменились.

Выводы. Социальные, психологические и соматические взаимосвязи среди ВА с АГ свидетельствуют о необходимости адекватной коррекции гиперхолестеринемии, артериальной гипертензии, ИМТ, высокого уровня тревоги и стресса. Определённый уровень психоэмоционального напряжения без тенденции к снижению в регионе, играющего значимую роль в формировании риска развития ССЗ, обуславливает необходимость углубленного изучения психосоциального и психофизиологического аспектов проблемы.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Инарокова А.М., Оракова Ф.Х., Гукетлова А.А., Муртазова Л.А., Емкужева Д.М.,
Шомахова З.Д., Байрамкулова М.Р.**

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

В популяции лиц старших возрастных групп на фоне высокой распространенности сердечно-сосудистой заболеваемости одним из самых актуальных заболеваний является артериальная гипертензия (АГ). При этом, отсутствуют систематизированные данные, характеризующие эпидемиологическую ситуацию в отношении АГ у лиц старших возрастных групп с учетом региональных особенностей. Цель: комплексное обследование и оценка морфофункциональных параметров гемодинамики и особенностей течения АГ у лиц старших возрастных групп в климато-географических условиях Кабардино-Балкарии.

Материалы и методы. Эпидемиологическое исследование случайной репрезентативной выборки лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в г.Нальчик и 10

административных районах республики (n=1200 человек). Отклик составил 80,7%. Проведено офисное измерение артериального давления (АД), электрокардиографическое исследование в 12 отведениях, суточное мониторирование АД, эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) по стандартному протоколу, включая М-модальный, двухмерный и доплеровский режимы, на ультразвуковом аппарате Aloka SSD-1700 (Япония) с датчиком 3,5МГц. Анализ полученных результатов осуществлялся с учетом возраста, пола, региона проживания.

Результаты. Выявлены различия в распространенности АГ среди лиц старших возрастных групп, проживающих на равнинной территории (57,8%), предгорье (50,6%), в горной местности (47,9%). Суточный профиль АД у лиц пожилого возраста с артериальной гипертонией, проживающих на равнине характеризуется более высокими уровнями систолического АД, повышением индекса времени АД при сравнении с пожилыми, проживающими в климато-географических условиях горной и предгорной местности. Корреляционные взаимосвязи между показателями суточного профиля АД и параметрами внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого возраста свидетельствуют о сочетании высоких коэффициентов корреляции между усредненными значениями дневных, ночных цифр систолического АД с показателями ТМЖП, ОТС у мужчин и показателями ММЛЖ у женщин.

Выводы. Морфофункциональные особенности АГ лиц пожилого возраста зависят от климато-географических зон проживания. Установленные ассоциативные взаимосвязи параметров суточного мониторирования АД с индексами ремоделирования левого желудочка у пациентов пожилого возраста позволяют рассматривать их как самостоятельный объект терапевтического воздействия, направленного на регресс гипертрофии миокарда. Учет возрастных, гендерных, природно-климатических особенностей эпидемиологии АГ расширяет возможности мониторинга АГ и профилактики сердечно-сосудистых осложнений у лиц старших возрастных групп.

КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ ИЛИ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ – ЧТО ЛУЧШЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ САВАНА

Канорский С.Г.

**ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
Россия, Краснодар, Россия**

Фибрилляции предсердий (ФП) – распространенная аритмия, которая может ухудшить качество жизни и вызвать осложнения (инсульт, сердечная недостаточность, преждевременная смерть). Неуклонное увеличение в популяции количества людей пожилого и старческого возраста с ФП требует все больших расходов систем здравоохранения на их лечение. Стандартными способами длительной терапии ФП являются применение фармакологических средств для урежения частоты желудочковых сокращений («контроль частоты»), поддержания синусового ритма («контроль ритма»), защиты от тромбоэмболий. Недостаточная эффективность антиаритмической лекарственной терапии в отношении сохранения синусового ритма у пациентов с ФП

объясняла большие надежды на высокую результативность процедуры катетерной абляции в левом предсердии. Однако быстрый рост количества выполняемых катетерных абляций не был подкреплен убедительными доказательствами улучшения отдаленных клинических исходов у больных с ФП. Это противоречие предполагалось устранить по итогам исследования CABANA (Catheter Ablation vs. Anti-arrhythmic Drug Therapy for Atrial Fibrillation Trial, NCT00911508) – самого важного исследования в современной электрофизиологии.

CABANA – международное глобальное клиническое исследование, которое проводилось в 140 центрах США, Канады, стран Европы, Азии и Тихоокеанского региона с 2009 по 2017 год. Первоначально планировалось включить в этот проект 3000 больных с ФП и в качестве первичной конечной точки зарегистрировать смертность от всех причин при наблюдении в течение 3 лет. В 2013 году в связи с медленным набором пациентов в исследование и низким числом событий было принято решение сократить количество участников работы до 2200, изменить первичную конечную точку на комбинацию исходов – смерть, инвалидизирующий инсульт, серьезное кровотечение, остановка сердца и увеличить период наблюдения до 4-4,5 лет, что сохранило бы статистическую мощность исследования. Оригинальный дизайн работы предполагал, что 25-30% пациентов, рандомизированных для лекарственной терапии, позднее подвергнутся абляции. Исследователи предварительно уточнили, что успех проекта будет определяться анализом по намерению лечить с измененной первичной конечной точкой и никаких дополнительных анализов исходов не планировалось.

Предварительные результаты исследования CABANA были представлены в докладе Douglas Packer на 39-й ежегодной научной сессии Общества сердечного ритма (Бостон, США) в мае 2018 года. В работе участвовали 2204 больных с «новой» или недостаточно леченной пароксизмальной (43%), персистирующей (47%) или длительно персистирующей (10% случаев) ФП. Пациенты были рандомизированы по принципу 1:1 для проведения катетерной абляции (n=1108), либо лекарственной терапии (n=1096). Первичная абляция проводилась стандартными методами (изоляция легочных вен по окружности и, при необходимости, дополнительные абляции). Фармакологические препараты могли использоваться как для контроля частоты желудочковых сокращений, так и для поддержания синусового ритма (последняя тактика была выбрана врачами для 87% больных). Все пациенты получали антикоагулянтную терапию. Продолжительность наблюдения составляла около 5 лет, средний возраст пациентов (63% мужчин) – 67,5 года. Наблюдались переходы больных из группы в группу: от абляции к препаратам (в 9,2% случаев абляция не была выполнена) и от препаратов к абляции (27,5% случаев).

Первичная композитная конечная точка при анализе по намерению лечить регистрировалась с сопоставимой частотой при применении абляции против лекарственной терапии в 8,0% и 9,2% случаев соответственно (относительный риск – ОР 0,86 при 95% доверительном интервале – ДИ от 0,65 до 1,15; p=0,303). Абляция не уменьшала риск какого-либо из компонентов первичной конечной точки. Вторичные конечные точки: смертность от всех причин статистически значимо не различалась (5,2% против 6,1%, ОР 0,85 при 95% ДИ от 0,6 до 1,21; p=0,377), но сумма смертельных исходов или госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых заболеваний оказалась достоверно ниже в группе абляции (51,7% против 58,1%, ОР 0,83 при 95% ДИ от 0,74 до 0,93;

$p=0,001$), что было связано с уменьшением числа случаев госпитализации по поводу ФП. В группе аблации было на 47% меньше зарегистрированных рецидивов ФП, а 60% больных оказались свободными от аритмии (у 19% больных процедура проводилась повторно).

Исследователи также представили ранее не запланированные анализы «по протоколу» и «у получивших лечение», которые превратили рандомизированное исследование в наблюдательное. В этих анализах 301 пациент, который был рандомизирован для медикаментозной терапии и получал ее согласно протоколу, но затем подвергся аблации (как и ожидалось в протоколе), учитывался только в группе аблации. При этом весь период медикаментозной терапии у этого 301 пациента был исключен из анализа. Полученные искаженные данные были интерпретированы как преимущество аблации (особенно в подгруппе больных с сердечной недостаточностью). Так, у «реально получивших лечение» первичная конечная точка в группе аблации ($n=1307$) против группы лекарственного лечения ($n=897$) отмечалась в 7,0% и 10,9% (ОР 0,67 при 95% ДИ от 0,50 до 0,89; $p=0,006$), смерть от всех причин – в 4,4% и 7,5% (ОР 0,60 при 95% ДИ от 0,42 до 0,86; $p=0,005$), смерть или госпитализация по поводу сердечно-сосудистых заболеваний – в 41,2% и 74,9% (ОР 0,83 при 95% ДИ от 0,74 до 0,94; $p=0,002$) случаев соответственно. Между тем при отсутствии превосходства в частоте запланированной первичной конечной точки любые данные о прогностическом преимуществе аблации из не планировавшихся заранее анализов могут являться лишь генерирующими гипотезами для последующих исследований.

Оценки исследования SABANA экспертами широко варьируют, а его результаты трактуют как позитивные (анализ по проведенному лечению) и как негативные (при анализе по намерению лечить не подтвердилась гипотеза исследования) для аблации. По-видимому, результаты SABANA следует интерпретировать как нейтральные и они не должны принципиально изменить действующие рекомендации по ведению больных с ФП. Можно полагать, что исследование имело недостаточную мощность из-за переходов из группы в группу и более низкой, чем ожидалось, частоты событий в группе лекарственного лечения. В то же время частота осложнений при проведении аблации также оказалась необычно низкой, что можно объяснить качеством выполнения процедуры в лучших кардиологических центрах.

Статья-отчет о полных результатах исследования SABANA до настоящего времени не размещена в электронных базах данных, то есть не прошла рецензирование. В ее тексте должны содержаться интересные сведения о деталях медикаментозного лечения (препараты, дозы) и описания аналитических методов, которые позволят окончательно понять, как исследователи рассматривали полученные результаты.

Таким образом, в исследовании SABANA не удалось получить убедительных доказательств ожидавшихся прогностических преимуществ аблации по сравнению с медикаментозным лечением ФП. Катетерная аблация у больных с ФП является дорогостоящей процедурой, сопровождающейся риском опасных осложнений, поэтому оценка ее эффективности не должна проводиться с более низким уровнем доказательств. Кроме того, имеется единое мнение экспертов о мощном эффекте плацебо/ноцебо в проекте SABANA, для исключения которого рассматривается дизайн исследования с целью сравнения катетерной аблации в левом предсердии с ее имитацией у больных с ФП.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Касумова Ф.Н., Касумова Ф.З.

**Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей
им. А. Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан**

Цель: Изучить особенности применения монотерапии ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы: В нашем исследовании приняло участие 92 мужчин, больных артериальной гипертензией (АГ), которые получали в виде монотерапии ИАПФ. Всем больным проводился полный комплекс клинико-инструментальных и лабораторных исследований. Монотерапия ИАПФ была представлена следующей группой препаратов: 24 больных принимали каптоприл (капотен), 14 больных – эналаприл, 12 пациентов – лизиноприл (диротон), 17 больных – периндоприл (престариум), 25 больных – квиналаприл (аккупро). Продолжительность лечения составила в среднем $6,2 \pm 2,3$ года.

Собственные результаты: Параметры гемодинамики в группе больных, получавших различные ИАПФ практически не различались, в то же время, в конце монотерапии наблюдалось достоверное снижение во всех группах с относительно большей степенью достоверности в группе квиналаприла. Сравнительная степень снижения систолического артериального давления (САД) и диастолического АД (ДАД) в разных группах ИАПФ представлена следующим образом: максимальная степень снижения как САД, так и ДАД наблюдалось в группе квиналаприла (на 31,7 и 22,2 мм рт. ст. соответственно), далее следует – эналаприл, где САД снизилось на 25 мм рт.ст., а ДАД на 20,3 мм рт.ст., причём в сравнении с каптоприлом снижение САД и ДАД при монотерапии квиналаприлом и эналаприлом достоверно больше, чем в группе каптоприла ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно)

Снижение САД в группе периндоприла, каптоприла и лизиноприла было практически одинаковым и не имело статистической значимости (22,3; 20,9 и 19,1 мм рт.ст. соответственно), что касается ДАД, то приём каптоприла приводило к его снижению на 15,9 мм рт.ст., периндоприла на 12,8 мм рт.ст. и лизиноприла на 10,6 мм рт.ст., достоверных различий между ними в сравнении с каптоприлом не выявлено.

Заключение: Препараты из группы ИАПФ представляются одной из перспективных в плане положительного влияния как на САД, так и на ДАД у больных с АГ при длительном постоянном применении, причём, в большей степени это касается квиналаприла, эналаприла, далее лизиноприла, периндоприла и каптоприла.

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У МУЖЧИН СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Каюмова М.М., Фролова Е.Ю., Горбунова Т.Ю.

**Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный
исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Целью работы явилось определение распространенности абдоминального ожирения (АО) у мужчин трудоспособного возраста открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города.

Материалы и методы. Одномоментное эпидемиологическое исследование было проведено на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков лиц мужского пола 25-64 лет одного из административных округов г. Тюмени (100 человек, отклик 85,0%). Для анализа АО использованы критерии метаболического синдрома IDF (2005), NCEP ATR III (2004), ВНОК (2009). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

Результаты исследования. Анализ результатов распространенности АО в возрастном диапазоне по критериям IDF, NCEP ATR и ВНОК показал формирование последовательного возрастного тренда в трех возрастных категориях. Так, по критериям IDF показатель достоверно нарастал с увеличением возраста, начиная с младшей возрастной категории, до пятого десятилетия жизни (24,8% – 40,3% – 53,4%, $p < 0,01$, соответственно в возрастных группах 25-34, 35-44, 45-54 лет), и увеличился за весь исследуемый возрастной период 25-64 лет в 2,5 раза. По критериям NCEP ATR также отмечался достоверный рост показателя с увеличением возраста, начиная с младшей возрастной категории до пятого десятилетия жизни (7,9% – 16,7% – 24,5% , $p < 0,01$, $p < 0,05$, соответственно в возрастных группах 25-34, 35-44, 45-54 лет), повозрастной рост показателя в диапазоне 25-64 лет составил 3,5. По критериям ВНОК показатель аналогично достоверно нарастал с 21,4% в младшей возрастной категории 25-34 лет до 49,5% в возрастной категории 45-54 лет, повозрастной рост показателя в диапазоне 25-64 лет составил 2,5. С общепопуляционным показателем 25-64 лет значимые различия по критериям IDF и ВНОК отмечались в трех возрастных категориях. В возрастном десятилетии 25-34 лет распространенность АО была достоверно ниже общепопуляционного показателя (IDF: 24,8% – 45,9%, $p < 0,001$; ВНОК: 21,4% – 41,7%, $p < 0,001$), в возрастных десятилетиях 45-54 и 55-64 лет – достоверно выше (IDF: 53,4% – 45,9%, $p < 0,05$; 60,9% – 45,9%, $p < 0,001$, соответственно; ВНОК: 49,5% – 41,7%, $p < 0,05$; 54,4% – 41,7%, $p < 0,001$, соответственно). По критериям NCEP ATR существенные различия с общепопуляционным показателем АО отмечались в крайних возрастных группах 25-34 лет (7,9% – 19,7%, $p < 0,001$) и 55-64 лет (27,4% – 19,7%, $p < 0,05$).

Заключение. Стандартизованный показатель распространенности абдоминального ожирения в мужской популяции 25-64 лет г. Тюмени составил 42,6% по критериям IDF, 17,9% – по критериям NCEP ATR, 38,8% – по критериям ВНОК, по всем критериям была установлена положительная связь с возрастом в младших и старших возрастных категориях.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФЕНОВ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПРЕДИКТОРАМИ СТАРЕНИЯ КОЖИ

Кононова Н.Ю.¹, Чернышова Т.Е.², Сметанин М.Ю.²

¹АО санаторий «Металлург», Ижевск, Россия

²ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель исследования: оценка взаимосвязи между частотой встречаемости фенов недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и предикторами старения кожи.

Методы исследования: Сформированы 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям: группа наблюдения (n=88), имеющая 8 и более фенов НДСТ, и группа сравнения (n=91), имеющая менее 8 предикторов НДСТ, из 967 первично обследованных пациентов. В обеих группах проанализированы показатели клинического и лабораторно-инструментального обследования, эстетический анализ лица по модифицированной методике формулы тканей лица А.Е. Белоусова и оценка морщин по шкале Лемперле. Оценены показатели гормонального спектра «гипофиз-щитовидная железа», «гипофиз-половые железы», метаболизм соединительной ткани по методикам П.Н.Шараева, Е.Г.Бутолина (2009). Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ "Statistica 6,0".

Полученные результаты: В группе наблюдения с высокой частотой регистрировались птозы органов брюшной полости, астигматизм, ранняя близорукость, варикозные изменения вен нижних конечностей, пролапс митрального клапана и ложные хорды. Из кожных признаков НДСТ встречались легкоранимая кожа (98,9%), повышенная ее растяжимость (81,8%), вялая, рыхлая текстура кожи (80,7%), широкие атрофические рубцы (79,5%). При определении типа старения кожи лица и шеи в 64,4% случаев в группе наблюдения преобладал мелкоморщинистый тип старения, в группе сравнения в 68,1% случаев прослеживался тип старения "усталое лицо", что является наиболее подходящим типом для данного возраста. При сравнении баллов оценки эстетического анализа лица, по всем основным признакам старения кожи в группе наблюдения баллы достоверно выше, чем в группе сравнения. При оценке биополимеров соединительной ткани в группе наблюдения выявлено повышение уровня свободного гидроксипролина ($p<0,05$), маркера деструкции соединительной ткани ($p<0,01$) и снижение суммарных гликозаминогликанов ($p<0,05$). Выявлены сильные положительные связи между повышенными баллами при эстетическом анализе лица и количеством "кардиологических" ($r=0,85$; $p<0,01$), и "кожных" ($r=0,69$; $p<0,01$) фенов соединительнотканной дисплазии, средняя корреляция с «эндокринными» ($r=0,64$; $p<0,05$), костно-мышечными ($r=0,52$; $p<0,05$) и «пульмонологическими» ($r=0,49$; $p<0,05$) предикторами. Выявленная тенденция к формированию гипотиреоза и дисфункции системы «гипофиз-половые железы» вносят дополнительный вклад в процесс преждевременного старения.

Выводы. Таким образом, в проведенном исследовании показана высокая частота распространения кожных проявлений НДСТ, предикторов старения кожи, маркеров деструкции соединительной ткани у группы наблюдения. У этих женщин наблюдаются процессы преждевременного старения кожи с достаточно высокой частотой выявления маркеров НДСТ, что говорит о наследственной предрасположенности к ускоренному типу старения.

ГИПОТИРЕОЗ И ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Коровкина Е.В., Шкляев А.Е., Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, Ижевск, Россия

Цель исследования: улучшить качество оказания медицинской помощи больным гипотиреозом с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы исследования. Проведено углубленное обследование 107 пациентов с первичным гипотиреозом в возрасте до 50 лет ($39,7 \pm 1,1$ год) на фоне аутоиммунного тиреоидита (85,9%), послеоперационного гипотиреоза (14,1%). Манифестная форма гипотиреоза (МГ) выявлена у 56 (48,6%), из них только у 15 человек он был стойко компенсирован. Субклинический гипотиреоз (СГ) диагностирован у 51 (51,4%) больного. Продолжительность заболевания колебалась от 2 до 14 лет. Всем пациентам проведено в динамике УЗИ щитовидной железы и внутренних органов, фиброгастроскопия, оценивался уровень АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), липидный профиль: холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), ТТГ, свТ4, проводилась оценка степени инсулинорезистентности (ИР) по индексу НОМА-IR. В течение 12 месяцев наблюдались 2 группы пациентов: 1-я – 38 человек, принимающих левотироксин 50-100 мкг/сутки, 2-я группа – 16 человек с плохо компенсированным гипотиреозом, которые дополнительно принимали хофитол внутрь по 0,4 г 3 раза в день (2 курса в год). Показатели оценивались исходно, через 1, 3, 6, 12 месяцев.

Результаты. Сопутствующая гастроэнтерологическая патология выявлена более чем у половины обследованных. Наиболее часто регистрировался стеатогепатоз (62%), дискинезия желчевыводящих путей (61,5%), хронический гастрит (57,3%), панкреатит (16,8%). У каждого второго пациента выявлено ожирение, у 60% - артериальная гипертония. Основные жалобы были психоэмоционального и диспепсического характера. Болевой синдром преобладал при СГ (72,5%), диспепсические симптомы при МГ (69,4%). Продолжительность декомпенсации гипотиреоза коррелировала с ростом ИР ($r=0,36$; $p=0,027$). Выявлена прямая связь между повышением уровня ТТГ с ИР ($r=0,51$; $p=0,049$). Продолжительность компенсации гипотиреоза коррелировала со снижением уровней ХС ($r=-0,17$; $p=0,04$), ТГ ($r=-0,29$; $p=0,02$), ЛПНП ($r=-0,39$; $p=0,05$), но не с показателями функции печени. Хофитол был включен в программу терапии 16 пациентов гипотиреозом, которые имели нестойкую компенсацию заболевания и проблемы повышения дозы левотироксина, связанные с гипертензивным и диарейным синдромами. В процессе мониторинга зарегистрировано улучшение не только показателей функции печени, липидного спектра, но и значимая взаимосвязь между снижением уровня ТТГ (без повышения дозы левотироксина) и снижением ИР ($r=0,17$; $p=0,03$).

Выводы. Патология желудочно-кишечного тракта - характерная сопутствующая патология гипотиреоза, которая встречается более чем у половины больных, затрудняет достижение стойкой компенсации заболевания, усиливает степень ИР и дислипидемии, негативно влияющих на гипотиреоз. Включение гепатопротекторов в комплексную

терапию гипотиреоза, вносит важный вклад в достижение стойкой компенсации без повышения дозы левотироксина.

НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**Куташов В.А., Дудина А.А., Ульянова О.В., Скорыходов А.П.
ФГБОУ ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия**

Цель исследования – изучить особенности кровотока в сосудах головного мозга (ГМ) при нейропротекции с применением кортексина в различных суточных дозах у пациентов в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

Материал и методы. 69 пациентов с ИИ в каротидном бассейне (51/74% мужчин и 18/26% женщин; $59,9 \pm 0,7$ лет) получали базисную терапию: гипотензивные препараты, дезагреганты, антикоагулянты. Пациентам первой группы (27 мужчин и 8 женщин; $59,8 \pm 1,2$ года) кортексин вводился по 10 мг в/м 1 раз в сутки, а во второй группе (24 мужчин и 10 женщин; $60,3 \pm 1,2$ года) – по 10 мг в/м – 2 раза в сутки (20 мг/сут). Основные показатели церебральной гемодинамики определялись методом ультразвуковой доплерографии системой «Doplex 2500» фирмы «Astel ltd» (Россия, г. Рыбинск). Билатерально исследовались артерии: общие сонные (ОСА), внутренние сонные (ВСА), надблоковые (НА), средние мозговые (СМА) и позвоночные (ПА) на 1 – 2-ые и на 10 – 11-ые сутки лечения пациентов в условиях стационара.

Результаты и обсуждение. При ультразвуковой доплерографии 69 пациентов обнаружены стенозы: ОСА – у 13/18,84%, ВСА – у 17/24,64%, СМА – у 9/13,04%, а у 3/4,35% больных выявлена патологическая извитость ВСА со стенозирующим эффектом. У 5/7,25% больных были обнаружены признаки ангиоспазма. В комплексном лечении больных с использованием кортексина выявлено увеличение средней скорости кровотока (ССК) как на стороне очага инсульта, так и на противоположной. В ОСА ССК увеличилась на 26% ($p < 0,001$) на стороне очага и на 24% ($p < 0,001$) – на «здоровой» стороне. По ВСА ССК увеличилась на 5% ($p < 0,05$) на стороне очага и на 14% ($p < 0,001$) – на противоположной. В СМА ССК практически не изменялась. Коэффициент асимметрии уменьшился в СМА на 41% ($p < 0,05$). Отмечалось увеличение индекса Пурсело на стороне инфаркта мозга в ВСА на 12,8% ($p < 0,001$), в СМА – на 20,9% ($p < 0,001$); в НА – на 7% ($p < 0,05$). Индекс Гослинга увеличился на стороне инфаркта мозга в ВСА и СМА, соответственно, на 8,8% и 11,1% ($p < 0,05$). Коэффициента Овершута увеличился на стороне очага на 8% ($p < 0,001$) и на 6% ($p < 0,001$) – на противоположной. На 1-ые сутки нахождения больных в стационаре существенной разницы по показателям ССК по ВСА, коэффициенту асимметрии, величине индексов Гослинга и Пурсело не наблюдалось. На 11-ые сутки наблюдалось увеличение показателя Мср. в системе ВСА у всех больных, однако более низкий показатель ССК отмечался у пациентов первой группы (10 мг/сут). На 11-ые сутки индекс Пурсело у больных во всех группах увеличивался, но самые высокие показатели отмечались у пациентов 2-ой группы (20 мг/сут). Значимые изменения индекса Гослинга наблюдались на стороне очага инсульта. Выводы. 1. Препараты с нейротрофическим действием улучшают качество жизни пациентов при ИИ, оказывая положительное

влияние на восстановление нарушенных неврологических функций, снижают уровень депрессии, а также способствуют скорейшей полноценной социальной реадaptации больных. 2. При комплексном лечении пациентов с ИИ к более быстрому регрессу неврологического дефицита и устранению «синдрома обкрадывания» кортексин приводит в дозе 20 мг/сут.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ (ИИ)

Куташов В.А., Ульянова О.В.

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

Актуальность проблемы. В настоящее время в ранней и поздней нейрореабилитации больных с ИИ весьма перспективно использование технологий ТМС.

Цель. Оценить влияние ТМС на КН пациентов с ИИ в позднем восстановительном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 60 мужчин и 45 женщин в возрасте 50 – 65 лет (55 ± 7) с ИИ, находившихся на лечении в НСО БУЗ ВО ВГКБСМП №1. Локализация ИИ в бассейне левой средней мозговой артерии верифицирована у 42/40%, а справа – у 63/60%. Неврологический дефицит по шкале NIHSS составил 10,0 баллов. ТМС проводилась с использованием аппарата «Нейро–МС» ежедневно курсом 10 дней. До включения в исследование от каждого пациента было получено письменное информированное согласие.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного лечения пациентов отмечен регресс практически всех клинических проявлений ИИ. Использование ТМС способствовало снижению рецидивов симптомов заболевания у 42/40% больных, а также нормализации качества сна у 23/21,9% пациентов, улучшение же когнитивных функций отмечено у 49/47%. У пациентов повышался балл до $23,7\pm 0,6$ по шкале MMSE, улучшалась кратковременная память на 25,9%, внимание – на 28,7%, значительно улучшались показатели психоэмоционального статуса: снижался уровень тревоги до $8,4\pm 1,1$, а уровень депрессии – до $11,7\pm 0,7$. Включение ТМС в лечение ИИ в позднем восстановительного периоде положительно влиял на общую повседневную активность у больных основной группы по шкале Рэнкина до 72,1%, а по индексу мобильности Ривермид – на $11,4\pm 0,2$ балла. Через 2 недели комплексного лечения в основной группе показатели шкалы NIHSS снизились на 35% ($p<0,05$). В группе же сравнения, получавшей стандартный реабилитационный комплекс, эти сдвиги составили всего 17% ($p<0,05$), то есть в два раза ниже, чем у пациентов основной группы. Комплексное лечение с применением ТМС у пациентов с ИИ в позднем восстановительном периоде в катамнезе шести месяцев способствовало улучшению самочувствия у 47/44,7%, снижению раздражительности у 16/15,2%, уменьшению числа пациентов с КН на 18,6%.

Выводы. 1. Включение ТМС в комплексное лечение больных с ИИ в позднем восстановительном периоде способствует достоверному регрессу неврологических расстройств, улучшению повседневной активности пациентов – на 72,1% по шкале Рэнкина и на $11,4\pm 0,2$ – по индексу мобильности Ривермид.

2. На основании результатов проведенного комплексного лечения 105 пациентов с ИИ следует сделать правомочное заключение о положительном влиянии ТМС на больных в позднем восстановительном периоде: улучшается психоэмоциональный фон, восстанавливаются когнитивные функции.
3. Положительный эффект ТМС проявляется не только во время проведения курса лечения, но и после его окончания. Нами разработаны четкие показания и противопоказания, выявлены побочные эффекты и осложнения от применения ТМС при ИИ.

ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПРИ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ

Лебедева О.Д., Сергеев В.Н., Бадалов Н.Г., Бокова И.А., Лебедев Г.А.

ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, Москва, Россия

Врачам часто приходится лечить пациентов с сочетанием нескольких заболеваний. Число мультиморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом. Мультиморбидность снижает приверженность пациентов к лечению. Всё это делает актуальной возможность немедикаментозной реабилитации таких больных для снижения фармакологической нагрузки.

Цель. Оценка эффективности немедикаментозной реабилитации при мультиморбидности у больных с кислотозависимыми (КЗЗ), сердечно-сосудистыми (ССЗ) и эндокринологическими заболеваниями.

Материал, методы исследования и реабилитации. Исследовались 65 больных (17 мужчин и 48 женщин в возрасте от 31 до 89 лет), которые были разделены на 5 групп, в зависимости от сочетания заболеваний, получавших, на фоне медикаментов реабилитацию с помощью немедикаментозных методов (магнитолазеротерапия, бальнеотерапия, массаж, рефлексотерапия, лечебная физкультура и др.). Наряду с общеклиническими методами исследования, использовался аппаратно-программный комплекс (АПК) «Резервы здоровья - Р», включающий кардиоинтервалографию, осциллометрию, психологическое тестирование, анкеты и др. Исследование проводилось до начала лечения, сразу по окончании лечения и в сроки до 1 - 1,5 лет. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью компьютерной программы SPSS версия 23.

Полученные результаты и их обсуждение. При факторном анализе было отобрано три фактора: 1-й - "Психоэмоциональный статус", 2-й - "Вегетативная регуляция сердца" и 3-й - "Состояние центральной и периферической гемодинамики". Анализ результатов, на фоне положительной динамики клинического состояния, в рамках 1-го фактора показал достоверное улучшение, в отношении показателей психологического тестирования во всех пяти группах больных. В рамках 2-го фактора отмечено уменьшение дисфункции вегетативного отдела нервной системы, более выраженное у больных 4-й группы (сочетание КЗЗ, ССЗ и эндокринологических заболеваний). Если в исходном состоянии показатели вариабельности ритма сердца – SDNN, CV, SI, а также ПАРС, - достоверно отличались от нормы, что свидетельствовало о существенном ослаблении адаптационных возможностей организма, то в результате проведенного лечения отмечено улучшение

симпато-вагального баланса. В рамках 3-го фактора отмечено достоверное снижение средних величин диастолического и систолического АД, частоты сердечных сокращений, величины общего периферического сопротивления сосудов, что было наиболее выраженным у больных 2-й (сочетание КЗЗ и ССЗ) и 4-й групп.

Выводы. В результате применения немедикаментозной реабилитации при мультиморбидности у больных с КЗЗ, ССЗ и эндокринологическими заболеваниями, были получены клинический эффект и, в различной степени выраженное, улучшение показателей состояния вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2013-2017 ГОДЫ

Левашова О.А., Левашов С.Ю.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Цель: изучить динамику врожденных пороков сердца (ВПС) у детей первого года жизни г. Челябинска за период 2013-2017 гг.

Материал и методы: данные Реестра врожденных пороков сердца у детей г. Челябинска в возрасте до года за период 2013-2017 гг.

Результаты и обсуждение: за период с 2013 по 2017 г. общее число детей первого года жизни с ВПС составило: 183 чел. в 2013 г., 224 чел. в 2014 г., 189 чел. в 2015 г., 227 чел. в 2016 г. и 208 чел. в 2017 г. Выявлено, что распространенность ВПС носит волнообразный характер, составляя 10.8 на 1000 живых новорожденных младенцев в 2013 г., 13.7 в 2014 г., 10.3 в 2015 г., 12.9 в 2016 г. и 12.8 в 2017 г. Оценка структуры ВПС у грудных детей показала, что ежегодно первое ранговое место занимают пациенты с дефектами межпредсердной и межжелудочковой перегородки: 133 случая (73%) в 2013 г., 128 (57%) в 2014 г., 124 (66%) в 2015 г., 161 (71%) в 2016 г. и 146 (70%) в 2017 г. Младенцы с открытым артериальным протоком наиболее часто находятся на втором месте: 27 случаев (15%) в 2013 г., 41 (18%) в 2014 г., 34 (18%) в 2015 г., 29 (13%) в 2016 г. и 36 (17%) в 2017 г. Другие ВПС, включая пороки синего типа, комбинированные, сочетанные, наблюдаются преимущественно на третьей позиции: 23 случая (12%) в 2013 г., 55 (25%) в 2014 г., 31 (16%) в 2015 г., 37 (16%) в 2016 г. и 26 (13%) в 2017 г. Кардиохирургическая коррекция врожденной аномалии сердца новорожденным и детям первого года жизни проводилась строго по показаниям. Число прооперированных грудных детей составило: 32 (17%) ребенка в 2013г., 28 (13%) в 2014 г., 30 (16%) в 2015 г., 23 (10%) в 2016 г. и 21 (10%) в 2017 г. Количество малышей с ВПС в возрасте до года, имеющих инвалидность, существенно снизилось: 28 (15%) в 2013г., 32 (14%) в 2014 г., 18 (10%) в 2015 г., 7 (3%) в 2016 г. и 9 (4%) в 2017 г. Это возможно связано с одной стороны ранней диагностикой врожденной патологии сердца у детей, адекватной интенсивной терапией и своевременным хирургическим вмешательством, а с другой улучшением послеоперационной выживаемости маленьких пациентов. За пять лет наблюдения умерло двое младенцев: один ребенок периода новорожденности погиб от выраженного стеноза

легочной артерии, причиной смерти другого малыша старше одного месяца жизни стал синдром гипоплазии левых отделов сердца.

Выводы: Данные Реестра врожденных пороков сердца у детей грудного возраста г. Челябинска за 5 лет наблюдения показали, что рождаемость детей с ВПС имеет волнообразный характер. В структуре всех врожденных пороков сердца септальные дефекты занимают лидирующие позиции. Кардиохирургическая коррекция ВПС проводится строго по показаниям.

26-ЛЕТНИЕ ТРЕНДЫ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ЮЖНО-УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА В ВОЗРАСТЕ 25-64 ЛЕТ

Левашов С.Ю., Редькина М.В., Ильиных Д.Л.

**Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия
ООО «ПолиКлиника», Челябинск, Россия**

Болезни системы кровообращения (БСК) остаются одной из актуальных проблем в связи с высоким уровнем смертности трудоспособного населения.

Материалы и методы исследования: На основании данных Челябинского областного управления госстатистики проанализированы стандартизованные по Европейскому коэффициенту показатели смертности населения Челябинской области от БСК в возрасте 25-64 лет за период 1990-2016 гг.

Результаты: Несмотря на позитивные тенденции последних лет, за 26 лет смертность трудоспособного населения от БСК выросла на 6.3% (с 267.0 на 100 тыс. населения до 284.0). Среди мужчин смертность выросла на 15,6% (с 408.6 до 483.3), а у женщин снизилась на 17.3% (с 153.7 до 125.5). При этом в структуре БСК отмечается снижение доли ИБС с 60.6 до 42.9%, увеличение доли ЦВБ с 19.4 до 22.2% и значимое увеличение доли прочих БСК - с 20% до 46.8%.

Динамика смертности от ИБС и ЦВБ имеет волнообразный характер и начиная с 2011 г. имеет положительные тенденции. В целом смертность от ИБС снизилась на 6.1% (с 270.3 до 244.9), а от ЦВБ выросла на 13% (с 63.1 до 71.3). Среди мужчин смертность от ИБС снизилась на 21.1% (с 251.1 до 192.0). При этом снижение смертности отмечается во всех возрастах: в группе 55-64 лет на 23% (с 741.9 до 582.6), 45-54 лет - на 29,1%, 35-44 лет - на 42,4 % (с 91.8 до 50.2), 25-34 лет – на 48% (с 14.2 до 7.9). Женская смертность от ИБС снизилась на 13,1% (с 53,1 до 37,3). Снижение отмечено в группах 35-44 лет - на 42.4% (с 8.0 до 4.52), 45-54 - на 27,1% (с 50.7 до 35.3), 55-64 - на 33,6% (с 167.0 до 106.7), а в группе 25-34 лет отмечено снижение на 42% (с 1.0 до 0.66).

Динамика смертности от острого инфаркта миокарда (ОИМ) имеет волнообразный характер с тенденцией к снижению с 2011 года. С 1990 года по 2016 год смертность от ОИМ снизилась с 35.0 до 26.9, у мужчин с 73.4 до 52.6 (на 28.2%), у женщин с 13.6 до 6.7 (на 42.2%).

От ЦВБ снижение смертности отмечается у мужчин 55 - 64 лет на 20.9% (284.6 до 229.4), в остальных категориях отмечается рост смертности: в гр. 45 – 54 на 5.3% (со 100.9 до 108.4), более чем в 2 раза (с 12.7 до 30.2) в возрасте 35 – 44 и с 5.65 до 6.72 в возрасте 25 –

34 лет. За 26 лет общая смертность от ЦВБ у мужчин выросла на 2,2% (с 81.7 до 83.6), а у женщин за указанный период снизилась на 37,2% (с 48,2 до 26,1). Однако в группе 35-44 лет уровень смертности превысил показатели 26-летней давности в 2,4 раза (с 5.87 до 12.7), в остальных группах - отмечается снижение смертности: на 35.2% (с 3.96 до 2.31) в группе 25-34, на 28.2% (с 54.3 до 34.8) в группе 45-54 лет и в группе 55-64 лет со 142.7 до 55.8.

Выводы: 26-летний мониторинг показывает сохраняющиеся негативные тенденции в динамике смертности от ЦВБ среди молодых категорий как мужчин, так и женщин, а также сохраняющийся высокий уровень смертности от ИБС среди женщин младших возрастных категорий. Длительный мониторинг позволяет выявить наиболее уязвимые возрастно-половые категории лиц, оценить динамику и эффективность проводимых превентивных мероприятий.

АНАЛИЗ СТОИМОСТИ БОЛЕЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ

Леушина Е.А., Брынза М.Г.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Цель. Провести анализ всех затрат, связанных с ведением больных со стабильной формой ишемической болезни сердца (ИБС) на амбулаторном и стационарном этапах.

Методы исследования. Изучено 52 медицинские карты стационарного и амбулаторного пациента, имевшие установленный диагноз стабильная форма ИБС и обратившихся за медицинской помощью в НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД». Средний койко/день пациентов стационарного этапа составлял 11 дней. При расчете стоимости болезни суммировались только прямые затраты. На амбулаторном этапе – расходы на лекарственные препараты (ЛП), лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов; использовались средние розничные цены на ЛП в аптечной сети (6 произвольно выбранных аптек), а также стоимость врачебных консультаций и проводимых исследований (действующий прейскурант НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД»). На стационарном этапе суммировались расходы на содержание пациента в лечебном учреждении. Стоимость стационарного лечения оценивалась по существующим прейскурантам на обследование, питание, гостиничные услуги. Стоимость ЛП определялась по данным оптового прайс-листа КОГУП «Городская аптека №40». Результаты. При использовании метода анализа стоимости болезни на амбулаторном этапе выявлено, что в среднем сумма затрат на одного пациента составляет 3001,24 рубля в месяц. При этом заметно увеличение суммы лечения от 1 ФК к 3 ФК (1 ФК=2626,25; 2 ФК=2897,8; 3 ФК=3479,8). В среднем сумма затрат на лечение пациентов на стационарном этапе составляет 16889,41 рублей при среднем койко/ дне 11 дней. Также заметно увеличение суммы на лечение от 1 ФК к 3 ФК (1 ФК=16000; 2 ФК=17256; 3 ФК=17412).

Выводы. Проведена оценка стоимости лечения на амбулаторном и стационарном этапе и выявлено рациональное использование финансовых средств, что позволяет грамотно

перераспределить денежные ресурсы в пользу жизненно необходимых препаратов, повысить эффективность лечения, сократить расходы на вызовы скорой помощи, и госпитализацию.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ ГРУПП

Малыхин Ф.Т., Богданова А.А., Кравцунова Е.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: сформировать представление о ряде показателей у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) разных возрастных и гендерных групп.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ сплошной выборки из 200 историй болезни стационарных пациентов с ХОБЛ городского пульмонологического отделения за 2016 год (98 мужчин, средний возраст $63,2 \pm 13,8$ года и 102 женщины, $61,4 \pm 15,7$ года). Для статистической обработки данных использован метод корреляционного анализа по Спирмену (Spearman).

Полученные результаты. Пациенты разделены на 3 возрастные группы: от 30 до 59 лет (39% больных, средний возраст $47,2 \pm 9,0$ лет), от 60 до 74 лет (32%, $65,9 \pm 4,2$ года), 75 лет и старше (29%, $79,4 \pm 4,1$ года). В среднем пациенты имели $3,01 \pm 1,34$ сопутствующих заболеваний. Наиболее часто у них встречались: гипертоническая болезнь (у 92,5% пациентов), ишемическая болезнь сердца (60,5%), сахарный диабет (27,5%) и бронхиальная астма (7%). Только 2,5% из указанных больных не имели сопутствующей патологии. Выявлена высокая распространенность никотиновой зависимости у пациентов: 56,5% больных курили на момент госпитализации, 29,5% – освободились от привычки табакокурения к этому времени, и только 14% отрицали никотиновую зависимость в настоящее время и в прошлом. В возрастной группе от 30 до 59 лет отмечено наибольшее количество госпитализированных как мужчин (52,6%), так и женщин со II стадией ХОБЛ (51,2%). В возрастной группе от 60 до 74 лет преобладали госпитализированные мужчины с ХОБЛ III стадии (53,1%), в то время как женщины - с ХОБЛ II стадии (68,75%). В возрастной группе 75 лет и старше превалировали госпитализированные мужчины с ХОБЛ III стадии (40%) и ХОБЛ IV стадии (23,3%), а женщины с ХОБЛ III стадии (48,1%). Отмечена отчетливая тенденция нарастания по мере увеличения возраста количества пациентов-мужчин с ХОБЛ IV стадии с 10,5% (1 группа) до 23,3% (3 группа, $p < 0,05$). Наиболее низкие спирометрические показатели имелись в возрастной группе 75 лет и старше: среднее значение ЖЕЛ в этой группе 43,3%, ОФВ1 в этой группе 30,3%, среднее значение соотношения ОФВ1/ЖЕЛ в этой группе 65,5%.

Выводы. Установлено, что в мужской популяции наблюдались пациенты, как правило, с более тяжелым течением ХОБЛ по сравнению с аналогичной женской группой. С возрастом нарастало количество пациентов с ХОБЛ более тяжелых стадий заболевания, как в мужской, так и в женской популяциях. Кроме того, в мужской группе наблюдается наиболее высокий процент пациентов с ХОБЛ IV стадии. Отмечена обратная зависимость

уровня ведущих спирометрических показателей от увеличения стадии ХОБЛ и возраста пациентов.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Марданов Б.У.^{1,2}, Кокожева М.А.¹, Мамедов М.Н.¹

¹ - ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

² – ГБУЗ МО Домодедовская центральная городская больница

Цель. Изучение клинико-гемодинамических и лабораторных особенностей течения сердечной недостаточности у пациентов с СД 2 типа и без него, госпитализированных по причине острой декомпенсации ХСН.

Материалы и методы. Включено 152 больных ХСН различной этиологии (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, приобретенные пороки сердца) обоих полов, госпитализированных в кардиологическое отделение. Все пациенты были разделены на две: I (пациенты с ХСН и СД 2 типа, n=75; 61,8±6,9 лет, 33 мужчин, 42 женщин), и II группы (больные ХСН без СД, n=77; 62,1±7,4 лет, 38 мужчины, 39 женщин). Проводились: оценка симптомов заболевания с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС); ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях; трансторакальная ЭхоКС; обзорная рентгенография органов грудной клетки; тест с 6-минутной ходьбой; лабораторное исследование крови.

Результаты. Изучение анамнеза больных с ХСН и СД в данной когорте позволило выявить недостаточный контроль (менее 80%) гликемии среди больных СД и ХСН, несмотря на многолетнее течение нарушения углеводного обмена. Пациенты с ХСН и СД 2 типа характеризовались сравнительно высоким ФК ХСН, тяжестью симптомов (по ШОКС 13,7±2,2 балла против 11,1±2,2 балла, p<0,05), а также более выраженными морфофункциональными изменениями сердца больных: достоверным снижением ФВ ЛЖ на 5,5%, а также увеличением времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения, сопровождающееся уменьшением соотношения Е/А. Результаты биохимического исследования крови выявили увеличение плазменных концентраций общего билирубина у больных обеих групп, средние значения которого превышали 20 мкмоль/л. Также выявлены отклонения показателей, характеризующих почечную функцию. При этом, у больных I группы отмечено превалирование средней концентрации мочевины и креатинина крови на 22,9% и 11,1% соответственно (оба p<0,001), сопровождающийся снижением СКФ до 74,6 мл/мин/1,73м² (на 10% ниже группы сравнения, p<0.001).

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют негативного характера вклад сахарного диабета в течение ХСН как ишемического, так и неишемического генеза. Наличие сопутствующего СД характеризовалось сравнительно высоким ФК и тяжестью симптомов СН, более выраженными нарушениями систолической и диастолической функции ЛЖ. Выявленные особенности клинического

течения сопровождалось нарушениями отдельных биохимических показателей, отражающих функцию печени и почек.

СОСТОЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ЕГО ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Мехдиев С.Х.¹, Мустафаев И.И.¹, Мамедов М.Н.²

**¹Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.
Алиева, Баку, Азербайджан;**

**²ФГБУ Научный медицинский исследовательский центр профилактической
медицины, Москва, Россия**

Цель. Изучить связь контроля гликемии с факторами риска и показателями качества жизни у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2).

Методы. В одномоментном клинико-эпидемиологическом когортном исследовании приняло участие 528 больных СД2 в возрасте 30-69 лет. Все больные отвечали на вопросы анкеты-опросника "ARIC" о своем социально-демографическом статусе, поведенческих факторах риска и качестве жизни. У всех исследуемых определялись антропометрические параметры, в венозной крови уровень глюкозы и гликогемоглобина.

Результаты. Исследование показало, что между возрастом больных, уровнем образования, занятостью, семейным положением, физической активностью, индексом массы тела, привычкой курения, нарушением питания, состоянием тревоги, стрессом, а из показателей качества жизни - подвижностью, самообслуживанием, повседневной активностью, чувством боли и дискомфорта и уровнем гликемического статуса не было выявлено статистически достоверной связи. Ухудшение контроля гликемии выявлялось при абдоминальном ожирении ($p=0,034$), при употреблении алкоголя ($p=0,045$), депрессивных состояний ($p=0,036$), а из показателей качества жизни - при постоянном чувстве тревоги или депрессии ($p=0,039$). У 28,7% больных с плохим контролем гликемии в сравнении с предыдущими годами, не наблюдалось изменения состояния, а у 55,7%, напротив, отмечалось ухудшение. Продолжительность диабета и хроническая гипергликемия негативно влияло на течение болезни ($F=4,3$, $p=0,041$ и $F=18,3$, $p=0,000$ соответственно), а при неадекватном контроле гликемического статуса у больных отмечалась тахикардия.

Заключение. Своевременное выявление факторов, влияющих на уровень гликемии в изучаемой популяции позволит предупредить осложнения, смертность и инвалидность, а также снизить расходы здравоохранения, связанные с СД2.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРЕПАРАТАМИ ЗОЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТАМИ

Мишина Ю.В.^{1,2}, Черных Т.М.^{1,2}

**¹Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж**

²Областная Клиническая Поликлиника, Воронеж, Россия

Цель. Изучить влияние и эффективность лечения остеопороза препаратами золендроновой кислоты в комбинации с препаратами кальция у больных ревматоидным и псориатическим артритами.

Задачи. Доказать терапевтическую эффективность комбинированной терапии препаратами золендроновой кислоты и препаратами кальция: увеличение минеральной плотности костной ткани в позвоночнике и проксимальном отделе бедра у больных ревматоидным и псориатическим артритами, положительное влияние на показатели костного метаболизма и кальций – фосфорного обмена, а также хорошую переносимость препаратов в терапевтических дозах.

Материалы и методы. В исследование включены 38 женщин в возрасте от 33 до 77 лет с установленным диагнозом ревматоидного артрита и 15 женщин в возрасте от 27 до 73 лет с установленным диагнозом псориатического артрита. Обе группы получали болезнь модифицирующую терапию (метотрексат). Экспериментальная группа (20 больных РА и 8 больных ПсА) получала комбинированную терапию препаратом золендроновой кислоты в терапевтической дозировке 5 мг 1 раз в год внутривенно и препаратом кальция в терапевтической дозировке 1000 мг в сутки. В контрольную группу вошли 18 больных РА и 6 больных ПсА, получавших только болезнь модифицирующую терапию и препараты кальция в терапевтической дозировке 1000 мг в сутки. Группы были сопоставимы по основным параметрам. Остеопороз диагностировался на основании критериев ВОЗ (Т-критерий от -2,5) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Минеральная плотность костной ткани оценивалась по результатам лабораторных показателей кальций – фосфорного обмена в крови до и после лечения: в плазме определяли уровни щелочной фосфатазы, общего и ионизированного кальция и неорганического фосфора.

Результаты. В экспериментальной группе отмечалось увеличение минеральной плотности костной ткани в позвоночнике через 12 месяцев на 7,4% у больных РА и 6,8% у больных ПсА, в шейке бедра – на 2% и 1,8% соответственно; в контрольной группе – на 1,1% (у больных РА) и 0,7% (у больных ПсА) и 0,6% (у больных РА) и 0,7% (у больных ПсА) соответственно. В крови отмечалось значимое снижение уровня ЩФ в основной группе, а также повышение уровней общего и ионизированного кальция и снижение уровня неорганического фосфора. В контрольной группе значимого изменения уровней ЩФ, кальция (общего и ионизированного) и неорганического фосфора не наблюдалось. Субъективно все пациенты основной и контрольной групп отмечали уменьшение болей в костях. Переносимость препарата: у 6 больных (4 – РА и 2 – ПсА) отмечались неприятные ощущения в мышцах и костях, у 3 пациенток с РА отмечались головокружение, тошнота, неприятные ощущения в мышцах и некоторое ухудшение общего самочувствия в первые 24 ч после внутривенного введения золендроновой кислоты. У 44 пациенток побочных эффектов не было обнаружено.

Выводы. Комбинированная терапия препаратом золендроновой кислоты и препаратами кальция достоверно увеличивают минеральную плотность костной ткани в позвоночнике и проксимальном отделе бедра у больных ревматоидным и псориатическим артритами, положительно влияет на показатели костного метаболизма и кальций- фосфорного обмена, хорошо переносится в терапевтических дозах, являясь, таким образом, эффективными и

безопасными препаратом выбора для лечения и профилактики остеопороза у больных ревматоидным и псориатическим артритами.

СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Необутов Н.Н., Колбасников С.В.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Цель: оценить показатели контурного анализа пульсовой волны и функцию эндотелия у больных с инфарктом миокарда при различных формах фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: обследовано 138 больных (63 мужчины, 75 женщин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ «Городская клиническая больница №7» с диагнозом инфаркт миокарда с фибрилляцией предсердий. В зависимости от формы фибрилляции предсердий больные были распределены на 2 группы: 1-ю составили 83 (60,1%) больных с пароксизмальной формой, 2-ю группу - 55 (39,9%) с постоянной формой.

Проведены: общеклиническое обследование, контурный анализ пульсовой волны и проба с реактивной гиперемией на аппарате Ангиоскан-1 профессиональный. На основании контурного анализа фотоплетизмограммы оценивались: частота пульса (ЧП, уд/мин), индекс жесткости (SI - Stiffness index, м/с), индекс отражения (RI – Reflection Index, %), индекс окклюзии по амплитуде (ИОА, %), индекс увеличения (AIp – Augmentation index, %), индекс увеличения нормализованный для частоты пульса (ЧП=75) (AIp 75 - Augmentation index @ HR=75), возрастной индекс (AGI – Aging Index), возраст сосудистой системы (VA - Vascular Aging, лет), продолжительность систолы (ED – Ejection Duration, м/с), длительность пульсовой волны (PD – Pulse Duration, м/с), центральное систолическое давление – прогноз (Spa - Systolic Pressure – Aortic – prognosis, мм рт.ст.), тип пульсовой волны. Для оценки эндотелиальной функции проводилась проба с реактивной гиперемией с расчетом индекса окклюзии по амплитуде (ИОА, усл.ед) и сдвига фаз (СФ, мс) между каналами.

Результаты: Среди больных 1-й группы при проведении контурного анализа пульсовой волны SI составило $7,8 \pm 2,0$ м/с, RI - $32,2 \pm 1,7$ %, AIp - $8,8 \pm 1,3$ %; Spa - $112,6 \pm 4,1$ мм рт.ст., VA - $42,5 \pm 1,6$ лет, PD - $541 \pm 9,4$ м/с, ED - $45 \pm 1,0$ м/с, AGI - $0,8 \pm 0,02$. У 10 (55,5%) обследованных регистрировался тип пульсовой волны «А» отражающий наибольшую жесткость сосудов, а у 8 (44,4%) – тип «С» характеризующий сохраненную эластичность сосудов, тип кривой «В» не выявлялся, что свидетельствует повышенной жесткости артериальной стенки. По данным окклюзионной пробы ИОА составил $1,4 \pm 0,7$ усл.ед, сдвиг фаз между каналами (С2-С1) до и после окклюзии – минус $3,7 \pm 0,9$ мс, что свидетельствует о сохраненной функции эндотелия.

У больных 2-й группы показатели контурного анализа пульсовой волны SI - $8,7 \pm 1,8$ м/с, RI - $21,2 \pm 2,3$ %, AIp $8,5 \pm 1,9$ %, Spa - $112,5 \pm 4,8$ мм рт.ст, PD - $600,9 \pm 16,2$ м/с, ED - $40,4 \pm 7,9$ %, ИОА $1,6 \pm 0,3$ усл.ед, AGI - $1,1 \pm 0,4$; у 6 (40,0%) человек встречался тип пульсовой волны «А», а у 9 (60,0%) – тип «С», тип кривой «В» не регистрировался. При оценке эндотелиальной функции отмечалось снижение ИОА ($1,15 \pm 0,6$ усл.ед) и

существенное уменьшение сдвига фаз между каналами (С2-С1) до и после окклюзии – минус $12,2 \pm 2,6$ мс, что указывает на значительные нарушения функции эндотелия в крупных мышечных артериях.

Вывод: у больных инфарктом миокарда с постоянной формой фибрилляции предсердий, в отличие от больных с пароксизмальной формой повышенная жесткость сосудов сочетается с выраженной дисфункцией эндотелия, что необходимо учитывать при разработке лечебно-профилактических программ и проведении медико-социальной экспертизы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫВЕДЕНИЯ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Никитин В.А., Попов А.В., Васильева Л.В., Латышева М.Н.

**Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Россия**

Цель исследования. Изучить эффективность лечения хронической обструктивной болезни лёгких путём сочетанного применения лазерно-ультразвуковой терапии для коррекции системного и местного воспаления слизистой стенки бронхов и улучшения выведения мокроты.

Материалы и методы. В исследование были включены 52 пациента с диагнозом ХОБЛ, фаза обострения, средняя степень тяжести, ДН II. Больные были разделены на две группы. Первая (основная) - 27 человек, вторая (контрольная) - 25 человек. Всем больным основной группы проводилось сочетанное лечение: базисная терапия и лазерно-ультразвуковая терапия по предложенной методике: УЗ-терапия с помощью аппарата УЗТ-101 на два паравerteбральных поля слева и справа по 2 минуты, затем - лазерное воздействие лазерным аппаратом «ЛАЗМИК» по трём полям. 1,2 точка – поля Кренига; 3я точка - средняя треть грудины, по 2 минуты. Всего – 8-10 процедур. Сравнение показателей проводилось с контрольной группой пациентов, которым проводилось комплексное лечение в соответствии с рекомендациями GOLD-2014. Для оценки эффективности способа лечения были использованы следующие методы исследования: общеклиническое исследование; спирометрия; лабораторные исследования, определение маркеров системного воспаления (ИЛ-4, ИЛ-8 и ФНО- α). Комплексное обследование больных проводилось при поступлении в стационар и на 10-12 сутки. Исследование количества выделяемой за сутки мокроты дополнительно проводили на 5-6 день лечения. Уровень системных маркеров воспаления определяли при поступлении и через 6 месяцев после проведённого лечения.

Результаты исследования. Изучение динамики клинических показателей у больных ХОБЛ в результате проведенного лечения показало, что у больных основной группы выраженность уменьшения одышки была значима и достоверно больше, чем у пациентов в контрольной группе по шкале Borg. Одышка уменьшилась с $3,12 \pm 0,56$ до $1,43 \pm 0,58$ балла ($p < 0,05$). В контрольной группе с $3,0 \pm 0,07$ до $2,1 \pm 0,07$ балла ($p > 0,05$). Уменьшение кашля также было значимо и достоверно больше в основной группе, с $3,26 \pm 0,7$ до $1,24 \pm 0,52$ балла ($p < 0,05$), тогда как в контрольной группе с $2,98 \pm 0,65$ до $2,66 \pm$

0,6 балла ($p > 0,05$). На фоне проводимой терапии к 5-6 дню в основной группе достоверно увеличилось количество отделяемой мокроты за сутки до $26,4 \pm 2,2$ мл против $17,1 \pm 1,1$ мл в контрольной группе. Достоверное уменьшение числа лейкоцитов наблюдалось в группе больных, получавших лазерно-ультразвуковую терапию в комплексном лечении – на $4,2 \cdot 10^9$ /л, снижение СОЭ на 11,2 мм/ч. Отмечено достоверное улучшение функции внешнего дыхания, улучшение биохимических показателей, снижение уровня маркеров системного воспаления. Побочных эффектов не было.

Выводы. Использование лазерно-ультразвуковой терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ позволяет достигнуть максимального клинического эффекта, улучшения функции внешнего дыхания, увеличения количества отделяемой мокроты, снижение активности системного воспаления. Также отмечена более ранняя нормализация биохимических показателей.

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ
ХДАМИДИОЗОМ И ЕГО АССОЦИАЦИЯМИ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Раимкулова Н.Р., Рузметова И.А., Ачилова Д.Г.
**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан;**
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Воспалительные заболевания органов малого таза характеризуются восходящим инфицированием уrogenитального тракта различными возбудителями, а уrogenитальный хламидиоз наиболее часто регистрируемая инфекция. Особенностью хронической уrogenитальной патологии хламидийной этиологии преимущественно малосимптомное и бессимптомное течение.

Цель – изучить эффективность комбинации ципрофлоксацина и растительного иммуномодулятора в комплексном лечении больных с уrogenитальным хдамидиозом и его ассоциациями с сочетанной патологией.

Методы исследования. Обследованы 36 женщин с уrogenитальным синдромом, где чаще всего фигурировал диагноз - «цисталгия» и сопутствующий вагинит. С целью выявления этиологического фактора проводили полимеразно-цепную реакцию и иммуноферментные и методы исследования. Всем пациентам проводилась терапия ципрофлоксацином после санации сопутствующего вагинита в комбинации с иммуномодулятором оптимум. Ультрафлокс назначался по 200 мг 2 раза внутривенно капельно, утром до 10 дней, а Оптимум по 2 капсулы 3-5 раз в день во время еды, также 10 дней.

Результаты. У пациенток часто наблюдался дизурический синдром при неизменённом клиническом анализе мочи и отсутствии бактериальной флоры в посевах. Выявлена значительная распространённость *S. trachomatis* в ассоциации с *T. vaginalis* (34,8 %) вирусом простого герпеса (ВПГ) (12,2%), *U. urealyticum* (12,9%), *M. hominis* (7,8%), цитомегаловирусом (ЦМВ) (9,1%). Моноинфекция обнаружена в 2,9% случаев. При обнаружении *S. trachomatis* необходимо углубленные лабораторные дообследования с целью верификации других урологических инфекций. Клиническая картина при

вышеуказанной патологии с обнаружением микст-инфекции характеризовалась широким спектром клинических проявлений и осложнений не только со стороны гениталий, но и экстрагенитальной локализации. При моноинфекции чаще всего отмечалась микросимптоматика в виде местного дискомфорта типа проходящей дизурии. Препараты переносились хорошо. Положительный клинический эффект был достигнут после первого курса лечения в 94,5%. Стойкая этиологическая излеченность после повторного курса лечения достигнута в 92,1%. У больных старшей возрастной группы чаще наблюдалась коморбидная патология, с поражением одновременно и других систем, особенно респираторной, сердечнососудистой, пищеварительной. Это ухудшало состояние пациентов, меняло клиническую картину заболеваний, что затрудняет своевременную диагностику и адекватное лечение.

Выводы. Полученные данные позволяют рекомендовать в терапии инфекции уrogenитального синдрома Ультрафлокс и Оптимум как эффективную комбинацию. Комбинация препаратов ультрафлокс и оптимум можно применять как при моно-, так и микстинфекции.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РИСК
ПАДЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**
Пайкова А.С., Александров М.В., Свинина С.А., Ушакова С.Е.
**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава
России, Иваново, Россия**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в структуре патологии лиц пожилого и старческого возраста. Повысить риск падений у гериатрических пациентов могут как проявления ССЗ, так и побочные действия лекарственных препаратов.

Цель: оценить фармакотерапию и риск падений у лиц пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

Методы исследования: Обследовано 32 пациента (средний возраст $76,2 \pm 7,7$ года), из них 23 женщины (71,9%). Был определен риск падений и проведена оценка лекарственной терапии.

Результаты. У всех обследуемых была выявлена гипертоническая болезнь II-III стадии (ГБ), у 18,3% стенокардия напряжения 2-3 функционального класса, у 5,6% постинфарктный кардиосклероз, у 16,9% постоянная форма фибрилляции предсердий, у 38% хроническая сердечная недостаточность, у 74,6% хроническая ишемия головного мозга, у 22,5 % хроническая болезнь почек, у 19,7% СД 2 типа, у 87,3% пациентов заболевания опорно-двигательного аппарата. При оценке риска падений тест «встань и иди» 38,1% выполнили удовлетворительно; 29,6% медленно, но без нарушения равновесия; 18,2% самостоятельно, медленно, но с нарушением равновесия; 11,3 % с помощью врача медленно, с нарушением равновесия; 2,8% не смогли выполнить. Тест «встать со стула без помощи рук и сесть снова» 30,9% выполнили удовлетворительно; 29,6% медленно, но без нарушения равновесия; 16,9% самостоятельно, медленно, но с нарушением равновесия; 9,8% с помощью врача медленно, с нарушением равновесия;

12,8% не смогли выполнить. Тест «удержать равновесие в положении тандемного шага» 8,5% выполнили удовлетворительно; 19,7% медленно, но без нарушения равновесия; 26,7%- самостоятельно, медленно, но с нарушением равновесия; 19,7% с помощью врача медленно, с нарушением равновесия; 25,4% не смогли выполнить. 11,2% обследованных были способны поддерживать равновесие на правой и левой ноге более 10 секунд; 1,6% способны поддерживать равновесие на одной ноге более 10 секунд, на другой ноге – 5 секунд; 30,9% способны поддерживать равновесие на правой и левой ноге в течение 5 секунд; 56,3% не способны удерживать равновесие. С учетом данных комплекса функциональных тестов, у 87,2% обследованных был выявлен риск падений. Все пациенты принимали 4 и более лекарственных средства (ЛС), 46,8% принимали 5-6 ЛС, а 9,3% - 8 и более ЛС. Всем пациентам была назначена терапия ГБ. 37,5% принимали комбинацию блокатора кальциевых каналов (БКК) и тиазидового диуретика (ТД), 18,7% - комбинацию ингибитора АПФ и ТД, 12,5% - сочетание бета-блокатора и БКК и 6,2% сочетание БКК и сартанов. 37,5% обследованных принимали ацетилсалициловую кислоту, 43,7% статины, 9,3% пероральные сахароснижающие препараты, 6,2% антидепрессанты, 92,5% анальгетики.

Выводы. Высокий риск падений выявлен у 87,2% пациентов старше 70 лет с сердечно-сосудистой патологией. Полипрагмазия может внести значительный вклад в повышение риска падений у данной категории больных.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Позднякова О.Ю., Батулин В.А., Богуш Л.М., Палий Т.Н., Трегубенко Н.С.
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия**

Введение: в настоящее время патогенез бронхиальной астмы следует рассматривать во взаимосвязи между всеми отделами дыхательной, эндокринной, сердечно-сосудистой систем и желудочно-кишечного тракта, составляющими единую физиологическую систему, реагирующую на различные изменения в этих органах. В последние годы в клинической практике чаще встречаются пациенты с множественной коморбидностью, включающей в себя бронхиальную астму, артериальную гипертензию, гиперхолестеринемию, сахарный диабет, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, депрессию и ожирение.

Цель: изучить распространенность и преобладание сопутствующих заболеваний у пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой в клинической практике

Материалы и методы: было проанализировано 180 амбулаторных карт пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой (женщин - 57,6%), мужчин - 42,4%), наблюдавшихся в поликлиниках г. Ставрополя. Сопутствующие заболевания оценивались по листкам уточненных диагнозов в амбулаторных картах.

Результаты: в проведенном исследовании нами не было выявлено других заболеваний только у 4,6% больных, в основном у лиц до 40 лет. Одно сопутствующее заболевание диагностировано у 7,4% общей выборки. Два сопутствующих заболевания - у 12% больных с неконтролируемой бронхиальной астмой. Удельный вес аллергических

(аллергический ринит, риноконъюнктивит, атопический дерматит, рецидивирующая крапивница) и оториноларинго-логических (хронические синуситы, тонзиллиты, риниты) заболеваний составил 72% и 60,8% соответственно.

Заболевания желудочно-кишечного тракта встречались у 58,6% пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой. Обострение бронхиальной астмы сопровождалось рецидивом желудочно-кишечной патологии в 16% случаев: 67,4% - гастрит и дуоденит, 48,7% - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 68,5% - эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, 42,3% - запор и дивертикулярная болезнь кишечника. Хроническая гепатобилиарная патология отмечалась у 49,7% пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой: 43,4% - холецистит, 39,2% - панкреатит, 18,4% - гепатит. В наших наблюдениях ишемическая болезнь сердца сопутствовала неконтролируемой бронхиальной астме в 32,8%. Артериальная гипертензия встречалась у 52,5% пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой. Заболевания вегетативной нервной системы встречались у 41,3% и опорно-двигательного аппарата – у 38,7% больных (остеохондроз позвоночника – 32%, деформирующий остеоартрит – 18,7%).

Выводы: для больных с неконтролируемой бронхиальной астмой характерна крайне высокая полиморбидность: 76% больных имеют 3 и более сопутствующих заболевания. Преобладала гастроэнтерологическая, аллергическая и кардиальная патология. Полиморбидность затрудняет терапию бронхиальной астмы и ухудшает прогноз для больного. В ряде случаев это является осложнением бронхиальной астмы или терапии и требует контроля и коррекции лечения.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ СТАНДАРТОВ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Позднякова О.Ю., Байда А.П., Палий Т.Н., Трегубенко Н.С., Крошко О.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Введение: Диагностика и лечение пациентов с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) осуществляется преимущественно врачами амбулаторного звена. Поздняя диагностика, неадекватная фармакотерапия, не соблюдение стандартов ведут к ухудшению качества жизни, более тяжелому течению БА и ХОБЛ, инвалидизации и плохому прогнозу заболеваний.

Цель: изучение уровня знаний врачами амбулаторных учреждений вопросов диагностики и лечения БА и ХОБЛ.

Материалы и методы: проанализированы результаты анкетирования и интервьюирования 70 врачей, работающих в поликлиниках г. Ставрополя. Разработанная нами анкета включала 35 вопросов, касающихся основных положений нормативных документов по вопросам диагностики и лечения БА и ХОБЛ (GINA, GOLD).

Результаты: Анализ полученного материала показал, что среди опрошенных 29% имеют высшую квалификационную категорию, 25% - первую, 32% - вторую и 14% вообще не имеют квалификационной категории. 44% врачей работают в должности менее 10 лет,

49% - от 10-20 лет и 11% - более 20 лет. При опросе 21% врачей оценили уровень своей подготовки по вопросам диагностики и лечения БА и ХОБЛ как хороший, 77% - как недостаточный и только 2% - как отличный. Установлено, что на уровень профессиональной подготовки врачей практически не влияли стаж работы и наличие квалификационной категории.

Для большинства врачей (86%) основными источниками в получении информации по нормативным документам были Интернет и СМИ. 79% опрошенных указали, что не знают последние нормативные документы по ведению пациентов с БА и ХОБЛ. Во время исследования нами был обнаружен низкий уровень знаний по лечению пациентов с БА. В частности, недостаточно четкое разграничение врачами базисной и неотложной терапии БА (56%), недостаточно хорошие знания по современным лекарственным средствам (47%), способам доставки препаратов (81%), а также правилам применения ингаляционных бронхолитиков и глюкокортикостероидов (64%). Низкий уровень знаний был выявлен и по диагностике и лечению пациентов с ХОБЛ. 69% врачей не знали, как оценивается степень тяжести ХОБЛ, лабораторный и инструментальный мониторинг пациентов с ХОБЛ. Большинство врачей (82%) затруднялись указать наиболее частых возбудителей ХОБЛ и показания для антибактериальной терапии.

Выводы: результаты нашего исследования показали, что одной из причин неэффективного ведения пациентов с БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях является недостаточный уровень знаний врачами современных нормативных документов по диагностике и лечению БА и ХОБЛ. Для повышения профессиональной грамотности врачей необходимо проводить активные образовательные программы, уделять внимание непрерывному профессиональному образованию и обеспечить врачей стандартами, протоколами ведения пациентов.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Позднякова О.Ю., Байда А.П., Говоров А.В., Богущ Л.М., Маслова Н.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Под качественной медицинской помощью (КМП) понимается совокупность свойств и характеристик медицинских услуг - профилактических, диагности-ческих, лечебных, реабилитационных, - относящихся к спо-собности удовлетворять потребности пациента. Оказание КМП в условиях поликлиники является одним из главных элементов совершенствования медицинского обслуживания населения и повышения эффективности деятельности лечебно-профилактического учреждения.

Цель: выявить медико-правовые знания медицинских работников и кри-терии удовлетворенности пациентами медицинской помощью.

Методы: в исследовании использовалось анкетирование и интервьюиро-вание 45 врачей и 220 пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

Результаты: анализ результатов исследования показал явно недостаточное знание и понимание лицами медицинского персонала содержания норм, посвященных правам граждан в области охраны здоровья, в первую очередь, таких, как право на согласие и

отказ от медицинского вмешательства, право на информацию о состоянии здоровья, право на сохранение врачебной тайны. Многие медицинские работники, даже имея информацию о правах пациента, правилах предоставления медицинских услуг, не всегда стремятся добросовестно и качественно исполнять свои обязанности.

Более половины врачей не ответственно относятся к ведению медицинской документации. Так оформление согласия пациента на медицинское вмешательство часто носит формальный характер, перед диагностическим исследованием врач просит пациента расписаться, не объясняя значения данного документа, пациент также формально ставит свою подпись, пациенты не имеют четких знаний о документах, которые подписывают, не придавая значения совершаемому им действию. Большинство среднего и младшего медицинского персонала не считают необходимым соблюдать этику и деонтологию в общении с врачами и пациентами, например, обращаться к пациентам по имени и отчеству. Анализ блока вопросов о правовых аспектах медицинской помощи определил низкий уровень знаний своих прав и обязанностей пациентами, а также медицинскими работниками. Выявлены различные нарушения прав пациентов, как на уровне страховой медицинской организации, так и лечебно-профилактического учреждения, что отражается на предоставлении медицинской услуги надлежащего качества. Формальное отношение к оформлению документов снижает уровень ответственности медицинского работника и доверие к нему пациента.

Выводы: юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствуют: чем выше правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше качество и эффективность лечебно-диагностической помощи населению, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья. И наоборот, отсутствие правовых знаний зачастую приводит к необратимым последствиям не только для медицинских работников, не придающих значение норме права, но и для пациента, страдающего от несоблюдения прав, предоставленных ему законом.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ОЖИРЕНИЕМ

Полтырева Е.С., Мясоедова С.Е., Козлова М.В.

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Иваново,
Россия**

Цель. Оценить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных ревматоидным артритом (РА) с ожирением.

Материалы и методы. Обследованы 127 пациентов с достоверным РА (Американская коллегия ревматологов, 1987), средний возраст $61,43 \pm 10,74$ лет, из них 9 мужчин и 77 женщин. Индекс массы тела (ИМТ) был в норме у 32 (25,2%) пациентов, 44 имели избыток массы тела (34,65%), 50 ожирение (39,37%) и 1 (0,79%) – недостаток массы тела. Проводились биохимический анализ крови с определением липидного спектра, С-реактивного белка (СРБ), суточное мониторирование АД (СМАД). Результаты обработаны с помощью пакета программ «Statistica 6,0». Для изучения особенностей

суточного профиля АД у больных РА с ожирением сравнивали 2 группы: 1 – пациенты с ожирением (n=50); 2 - пациенты с нормальным ИМТ (n=32). Группы не отличались по возрасту, длительности РА, частоте встречаемости серопозитивного РА.

Результаты. Артериальная гипертензия (АГ) 1-2 степени встречалась чаще в 1, чем во 2 группе - у 49 (98%) и 22 (68,75%) соответственно. Больные 1 группы имели более высокие средние уровни САД в дневные (p=0,01) и ночные часы (p=0,01), ДАД в дневные (p=0,045) и ночные часы (p=0,01), вариабельности САД (p=0,01) и ДАД в дневные (p=0,01) и ночные часы (p=0,046). При ожирении в сравнении с пациентами нормальной массы тела повышался индекс времени САД в дневные часы (p=0,01), индекс времени ДАД в ночные часы (p=0,01) и пульсовое АД (p=0,01). Больные РА с ожирением не достигали целевых значений САД в дневные часы, САД и ДАД в ночные часы. В обеих группах вариабельность САД в ночные часы коррелировала с наличием серопозитивного РА (r=0,23), вариабельность САД (r=0,27) и ДАД (r=0,22) в ночные часы – с функциональным классом РА. Среди больных с ожирением по сравнению с пациентами с нормальным ИМТ было в 2 раза больше нон-дипперов по САД и ДАД (46% и 22%). Индекс времени ДАД в ночные часы коррелировал с числом припухших суставов (r=0,22). Степени ночного снижения САД и ДАД были взаимосвязаны с уровнем СРБ (r=-0,22 и r=-0,24). Холестерин липопротеидов высокой плотности был положительно связан со степенью ночного снижения САД (r=0,27) и отрицательно со средними уровнями САД и ДАД в ночные часы (r=-0,28, r=-0,23).

Выводы. Больные РА с ожирением, по сравнению с лицами с нормальным ИМТ, имеют более высокую распространенность АГ и менее благоприятный суточный профиль АД. В большинстве случаев они не достигают целевых значений АД, особенно в ночные часы. Ожирение усиливает имеющиеся отрицательные влияния РА на показатели суточного АД, что требует особенно строгого контроля АГ у этих пациентов.

ТРЕВЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: оценить психосоциальные факторы риска у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших коронарное стентирование (КС).

Материал и методы. В исследование включались все пациенты, подвергшиеся КС в Тюменском кардиологическом центре. Всего было обследовано 1018 пациентов (764 мужчины и 254 женщины) в возрасте от 33 года до 90 лет (средний возраст 58,9±9,7 лет). Средняя продолжительность проспективного наблюдения составила 12,0±1,8 месяцев. Для определения симптомов тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Субклинически выраженная тревога наблюдалась у 27,6% пациентов, клинически выраженная тревога у 19,4% пациентов. Субклинически выраженную

депрессию диагностировали у 24,5% пациентов, у 12,1% пациентов определяли клинически выраженные депрессивные симптомы. По результатам унивариантного анализа, ОР смерти от всех причин для показателя тревоги определенного в баллах составил 0,97 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,86 – 1,10, $p=0,63$), для показателя депрессии – 1,12 (95% ДИ 0,99 – 1,26, $p=0,06$). У пациентов с клинически выраженной тревогой ОР смерти от всех причин составил 0,85 (0,31 – 2,31, $p=0,74$), в сравнении с пациентами без симптомов тревоги. У пациентов с клинически выраженной депрессией – 2,89 (95% ДИ 1,15 – 7,25, $p=0,02$). Далее проводили мультивариантный анализ. При этом ОР рассчитывали с учетом возраста, пола, курения, употребления алкоголя, систолического и диастолического АД, индекса массы тела, гиподинамии, содержания холестерина, величины фракции выброса левого желудочка, а так же наличия острого коронарного синдрома при поступлении и тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX. Таким образом, ОР смерти для показателя тревоги определенного в баллах составил 0,96 (95% ДИ 0,85 – 1,09, $p=0,51$), для показателя депрессии – 1,05 (95% ДИ 0,93 – 1,19, $p=0,44$). У пациентов с клинически выраженной тревогой ОР смерти составил 0,76 (0,44 – 1,33, $p=0,34$), у пациентов с клинически выраженной депрессией – 1,30 (95% ДИ 0,78 – 2,17, $p=0,32$).

Выводы. В ходе нашего исследования было установлено, что распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС после КС была достаточно высока. Не было выявлено значимого увеличения риска смерти в группе тревожных пациентов. Клинически выраженная депрессия была значимым предиктором смерти от всех причин только в унивариантной модели.

СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА В ФИНАЛЕ РАННЕГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Пшеничникова Т.В.¹, Ушакова С.Е.¹, Чумикова О.М.¹, Васильев В.В.², Васильева Н.В.³

¹ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

²ОБУЗ ГКБ №3, Иваново, Россия

³ФГБОУ ВО клиника ИвГМА, Иваново, Россия

Разработка реабилитационных программ после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) - актуальная проблема медицины. Для индивидуализации процесса реабилитации используют прогностические шкалы (GRACE, TIMI и т.д.). Стратификация риска летальности и развития ИМ на госпитальном этапе и в течение последующих 6 месяцев в шкале GRACE основана на клинических характеристиках и биохимических маркерах. Данные шкалы постоянно детализируются за счет выявления новых факторов, определяющих прогноз, поскольку по мнению экспертов Европейского кардиологического общества оценка индивидуального риска является динамическим процессом и ее следует обновлять по мере изменения клинической ситуации.

Цель-сопоставить структурно-функциональные параметры состояния сердца в финале раннего этапа реабилитации у лиц, перенесших ИМ с риском летальности в течении 6 месяцев по шкале GRACE.

Материалы и методы. Было проведено обследование 117 человек в раннем восстановительном периоде после перенесенного ИМ с оценкой риска смерти через 6 месяцев по шкале GRASE.

Результаты: Средний возраст обследованных $59,4 \pm 4,0$ лет, мужчин было 97 человек (82,9%). У 102 пациентов (87,2%) ИМ был первый, у 13 пациентов (11,1%) – повторный, у 2 - третий ИМ (1,7%). Q ИМ был зарегистрирован у 52 респондентов (44,4%). ИМ с подъемом сегмента ST у 52 пациентов (44,4%). Постинфарктная стенокардия напряжения выявлена у 13 пациентов (11,1%), хроническая сердечная недостаточность у 109 пациентов (93,2%). Повышенная масса тела и ожирение различных степеней выраженности встречалось у большинства респондентов (80,3%). После проведенных реабилитационных мероприятий в финале раннего этапа реабилитации по данным эхокардиографии было зафиксировано достоверное уменьшение конечно-систолического размера (КСР) левого желудочка (ЛЖ) с $37,7 \pm 6,5$ мм до $35,1 \pm 6,0$ мм ($p < 0,05$), увеличение фракции выброса (ФВ) с $52,3 \pm 8,8\%$ до $58,7 \pm 10,3\%$ ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что ФВ ниже у пациентов с Q ИМ ($r = -0,35$, $p < 0,05$), при повторных ИМ ($r = -0,36$, $p < 0,05$). Также выявлено, что чем выше ФВ, тем ниже конечно-диастолический размер (КДР) ($r = -0,36$, $p < 0,05$) и КСР ($r = -0,61$, $p < 0,05$). По шкале GRASE высокий риск летальности в течение 6 месяцев ($> 11\%$) после перенесенного ИМ имели 39 человек (33,3%), средний риск (4,5% - 11%) – 56 человек (47,9%), низкий риск ($< 4,5\%$) – 22 человека (18,8%). При проведении корреляционного анализа выявлена обратная зависимость между ФВ и риском смерти после перенесенного ИМ в течение 6 месяцев ($r = -0,32$, $p < 0,05$).

Заключение. Структурно-функциональные параметры сердца хуже у пациентов с более высоким риском смерти в течении 6 месяцев по шкале GRASE. Полученные данные открывают возможности включения новых факторов, определяющих прогноз у больных после ИМ в процессе реабилитации, для индивидуализации лечебно-восстановительных программ.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У СТУДЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

**Романенко И.А., Юдин И.Н., Гринштейн В.Б., Романенко А.В., Гасова П.А.
ФГБОУ ВО «ИвГМА» МЗ России, Иваново, Россия**

Ухудшение экологической обстановки способствует росту аутоиммунной патологии (АП) у молодых людей, частым представителем которой является аутоиммунный тиреодит (АИТ). Это заболевание не только снижает умственную и физическую работоспособность молодых людей, но и способствует появлению у них сердечно-сосудистых нарушений. Ученые предполагают участие дисбаланса некоторых микро- и макроэлементов в прогрессировании АИТ. Цель: оценить состояние элементного статуса калия, натрия, магния и железа у студентов с аутоиммунным тиреодитом и их соотношение с изменениями в эндокринной и сердечно-сосудистой системах

Материалы и методы: Из наблюдающихся в лечебно-профилактическом учреждении выделено 27 студентов,

больных АИТ (1-я группа) и 30 студентов без АП (2-я группа). Группы сопоставимы по гендерному и возрастному составу, средний возраст $21,8 \pm 6,3$ года. Все студенты обследованы клинически: у них дважды определяли артериальное давление, выполняли ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, определяли скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), биохимически исследовали липидный профиль, концентрации электролитов (калия, натрия) и других элементов, (магний и железо) в плазме крови. АИТ диагностировали с учетом показателей тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4св), титров антител к ТПО; в необходимых случаях проводилась сцинтиграфия щитовидной железы с ^{99m}Tc . Результаты: клинически у пациентов выявлены снижение успеваемости, ухудшение памяти, сонливость, низкое артериальное давление, нарушения ритма сердца. При ЭКГ исследовании в 1-й группе студентов выявлены: брадикардия, низкий вольтаж зубцов, нарушения проводимости. Уровень систолического артериального давления (АД) в 1-й группе ниже, чем во 2-й группе (80 ± 12 мм.рт ст vs 120 ± 15 мм). СРПВ артерий мышечного типа в 1-й группе превышала таковые в группе контроля ($7,18 \pm 1,67$ м/с vs $4,33 \pm 1,45$ м/с). У 16 студентов 1-й группы выявлена дислипидемия, а у 12 из них зарегистрированы нарушения ритма сердца, тогда как во 2-й группе обследованных подобных изменений не выявлено. По результатам гормональных исследований впервые диагностирован гипотиреоз на фоне АИТ у 17 студентов. У 10 студентов в 1-й группе был подтвержден диагноз АИТ в эутиреозе. Показатели ТТГ и Т4 в группе больных АИТ достоверно отличаются от таковых во 2-й группе ($11,7 \pm 1,8$ мк Мед/мл и $7,3 \pm 0,9$ пмоль/л vs $1,2 \pm 0,07$ мк Мед/мл и $18,3 \pm 1,9$ пмоль/л). Титр антител к ТПО у больных АИТ в 40 раз выше, чем у практически здоровых лиц ($880,4 \pm 76,8$ Мед/л vs $19,6 \pm 2,7$ Мед/л). Результаты содержания К, Na, Mg, Fe в плазме двух групп студентов показали, что в 1-й группе по сравнению со 2-й группой выявлен дисбаланс показателей Na ($128,3 \pm 11,8$ ммоль/л vs $141,6 \pm 9,4$ ммоль/л), Mg ($17,6 \pm 2,1$ мкг/мл vs $25,6 \pm 1,9$ мкг/мл) и Fe ($6,3 \pm 1,7$ мкмоль/л vs $14,2 \pm 2,1$ мкмоль/л) и К крови ($5,7 \pm 1,1$ ммоль/л vs $4,1 \pm 0,4$ ммоль/л). Выводы: У молодых людей с АИТ выявлены нарушения в функционировании сердечно-сосудистой системы и элементный дисбаланс на фоне субклинического и манифестного снижения гормональной активности щитовидной железы, что необходимо учитывать при назначении им патогенетической терапии.

БОЛЬНЫЕ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ: ОЦЕНКА ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**Романенко И.А.¹, Богомолова М.П.¹, Будникова Н.В.²,
Гринштейн В.Б.¹, Севастьянова Г.И.¹.**

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, Иваново, Россия

²ОБУЗ ГКБ №3, Иваново, Россия

Среди осложнений сахарного диабета (СД) выделяется диабетическая нефропатия (ДН), которая завершается хронической почечной недостаточностью (ХПН). Традиционно ХПН считалась ведущей причиной смерти больных СД 1 типа (СД 1), но в последнее годы и у больных с СД 2 типа (СД 2) часто регистрируются фатальные исходы ДН. Основной путь

спасения жизни больных СД в терминальной стадии ХПН - программный гемодиализ (ПГД). Цель. Провести сравнительную оценку показателей крови, кальциевого обмена, неспецифического воспаления у больных СД 1, СД 2 на ПГД и анализ факторов риска ДН у пациентов с СД 2. Материалы и методы. Анализировались показатели периферической крови, и фосфорно-кальциевого обмена 58 больных СД на ПГД в отделении гемодиализа, оценивались результаты клинического, лабораторного, инструментального исследований: консультации окулиста, концентрации железа сыворотки (ЖС), ферритина (ФР), С-реактивного белка (СРБ), уровень насыщения трансферрина крови (%Т SAT); определялись уровни кальция, фосфора, показатели паратгормона (ПТГ) крови. В 1-ю группу вошло 26 больных СД 1 (в возрасте $35, 8 \pm 5,4$ лет) а 2-ю группу составило 32 пациента с СД 2 (в возрасте $56, 8 \pm 7,6$ лет); группы сопоставимы по гендерному составу. Результаты. Длительность СД 1 до ввода в ПГД (1-я группа больных) вдвое превышала таковую во 2-й группе ($26,6 \pm 5,4$ лет vs $11,6 \pm 5,4$ года). У 68% больных СД 2 ДН развивалась на фоне других заболеваний: поликистоз, гломерулонефрит, пиелонефрит, подагрическая почка, гипертоническая болезнь, что ускоряло у них развитие ХПН. Из микроангиопатий у больных СД 2 в 36 % случаев имела место диабетическая ретинопатия (ДР) 1-2 стадии, тогда как у пациентов с СД 1 диагностирована ДР 2- 3 стадии (76 %). У больных СД 2 (на фоне лечения препаратами железа) среднее показатели ФР $456,1 \pm 33,4$ мкг/л, ЖС – $11,6 \pm 1,9$ мкмоль/л, %Т SAT – $21,2 \pm 5,3\%$. У пациентов СД 1 количество ФР составило $253,5 \pm 31,4$ мкг/л, уровень ЖС – $6,8 \pm 3,1$ мкмоль/л, %Т SAT- $15,6 \pm 6,2\%$. Показатели неспецифического воспаления у больных СД 1 вдвое превышают таковые у пациентов с СД 2 (уровень СРБ $25,6 \pm 2,1$ мг/л vs $10,4 \pm 1,3$ мг/л). У больных СД 1 вторичный гиперпаратиреоз статистически достоверно более выражен, чем при СД 2: ПТГ $565,9 \pm 31$ пг/мл vs $206,1 \pm 22$ пг/мл, показатель кальция - $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л vs $2,2 \pm 0,4$ ммоль/л. Выводы. Таким образом, у больных СД 1 ХПН закономерно развивается в результате ДН одновременно с другими микроангиопатиями –препролиферативной и пролиферативной стадиями ДР, а при СД 2 ДН - не единственная и, возможно, не основная причина ХПН: у большинства пациентов СД 2 она возникает на фоне иных болезней почек, наличие которых у больных СД 2 повышает риск прогрессирования у них ДН. Изменения в крови больных СД 1 и СД 2 характерны для гипорегенераторной анемии с дефицитом эритропоэтина и железа на фоне уремической интоксикации и хронического воспаления; гибель нефронов при ХПН нарушает все звенья обмена кальция и инициирует старт вторичного гиперпаратиреоза. Все изучаемые показатели достоверно более выражены у больных сахарным диабетом 1 типа на фоне многолетней декомпенсации углеводного обмена.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

**Савельева Т.В., Чернышова Т.Е., Коровкина Е.В., Эшмаков С.В., Пименов Л.Т.
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия**

Цель: оценить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента 29-65 лет с ХДЗП и сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) 1-3 степени с длительностью анамнеза АГ не менее 5 лет, получавших систематическую антигипертензивную терапию. В 1 группу вошло 32 пациента с жировым гепатозом на фоне алиментарного ожирения 1-2 степени, во 2-ю – 38 пациентов с хроническим гепатитом (ХГ), в 3-ю - 22 пациента с циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии. В динамике оценивались показатели СМАД, липидного профиля в сыворотке крови, простациклина и эндотелина-1 в моче.

Результаты. У больных 1-й группы уровень систолического АД (САД) в течение суток и частота дневного повышения САД были достоверно выше, чем во 2-й ($p<0,05$) и 3-й ($p<0,01$) группах. Показатели индекс времени (ИВ) по СМАД составили в группах 59%, 55% и 50% соответственно. Повышенная вариабельность САД в дневные часы наблюдалась в группах у 43,7%, 42,1% и 68,2% больных, в ночные часы – у 43,3%, 28,9% и 77,3% пациентов соответственно. При АГ 1-2 степени суточный ритм САД *diurnal* имели 48-50-32% больных, при АГ 3 число лиц с нормальным суточным ритмом САД составило 12-8-4%. Недостаточное ночное снижение САД чаще встречалось у больных 3-й группы (68,2% пациентов против 31,3% и 34,2%). Повышение САД в ночные часы регистрировалось у 6,3–31,6-13% больных соответственно. Чрезмерное снижение САД в ночной период выявлено у 12,5-13,2–4,5% пациентов. Нарушение циркадного ритма АД чаще имело место у пациентов 3-й группы. Показатели диастолического АД (ДАД) были выше у больных с ЦП. Следует отметить прогрессирующий рост значений ИВ ДАД от 1-й к 3-й группе больных. Превышение нормальных значений вариабельности ДАД в дневные часы было выявлено у 18,7-15,7-36,4% пациентов, соответственно. Повышение степени АГ вело к прогрессированию нарушений показателей ДАД с недостаточной степенью его ночного снижения ($p<0,01$). Уровень простациклина в моче был статистически значимо ниже у пациентов с ЦП, коррелируя с уровнем щелочной фосфатазы ($p<0,01$) и повышением ЛПНП ($p<0,05$), а уровень эндотелина-1, наоборот, был статистически значимо выше в 3 группе, коррелируя со степенью снижения ЛПВП ($p<0,01$) и необходимостью титрования доз антигипертензивной терапии, назначения 2-3-х компонентной терапии.

Выводы. Прогрессирование патологии печени сопровождалось прогрессирующей эндотелиальной дисфункцией, отрицательно влияющей на показатели СМАД; ростом нагрузки давлением, повышенной вариабельностью АД, нарушением циркадного ритма за счет недостаточного снижения ночного САД и ДАД.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

**Савельева Т.В., Чернышова Т.Е., Коровкина Е.В., Эшмаков С.В., Пименов Л.Т.
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия**

Цель: оценить показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Материалы и методы. Обследовано 92 пациента 29-65 лет с ХДЗП и сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) 1-3 степени с длительностью анамнеза АГ не менее 5 лет,

получавших систематическую антигипертензивную терапию. В 1 группу вошло 32 пациента с жировым гепатозом на фоне алиментарного ожирения 1-2 степени, во 2-ю – 38 пациентов с хроническим гепатитом (ХГ), в 3-ю - 22 пациента с циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии. В динамике оценивались показатели СМАД, липидного профиля в сыворотке крови, простациклина и эндотелина-1 в моче.

Результаты. У больных 1-й группы уровень систолического АД (САД) в течение суток и частота дневного повышения САД были достоверно выше, чем во 2-й ($p<0,05$) и 3-й ($p<0,01$) группах. Показатели индекс времени (ИВ) по СМАД составили в группах 59%, 55% и 50% соответственно. Повышенная вариабельность САД в дневные часы наблюдалась в группах у 43,7%, 42,1% и 68,2% больных, в ночные часы – у 43,3%, 28,9% и 77,3% пациентов соответственно. При АГ 1-2 степени суточный ритм САД *dipper* имели 48-50-32% больных, при АГ 3 число лиц с нормальным суточным ритмом САД составило 12-8-4%. Недостаточное ночное снижение САД чаще встречалось у больных 3-й группы (68,2% пациентов против 31,3% и 34,2%). Повышение САД в ночные часы регистрировалось у 6,3–31,6-13% больных соответственно. Чрезмерное снижение САД в ночной период выявлено у 12,5-13,2–4,5% пациентов. Нарушение циркадного ритма АД чаще имело место у пациентов 3-й группы. Показатели диастолического АД (ДАД) были выше у больных с ЦП. Следует отметить прогрессирующий рост значений ИВ ДАД от 1-й к 3-й группе больных. Превышение нормальных значений вариабельности ДАД в дневные часы было выявлено у 18,7-15,7-36,4% пациентов, соответственно. Повышение степени АГ вело к прогрессированию нарушений показателей ДАД с недостаточной степенью его ночного снижения ($p<0,01$). Уровень простациклина в моче был статистически значимо ниже у пациентов с ЦП, коррелируя с уровнем щелочной фосфатазы ($p<0,01$) и повышением ЛПНП ($p<0,05$), а уровень эндотелина-1, наоборот, был статистически значимо выше в 3 группе, коррелируя со степенью снижения ЛПВП ($p<0,01$) и необходимостью титрования доз антигипертензивной терапии, назначения 2-3-х компонентной терапии.

Выводы. Прогрессирование патологии печени сопровождалось прогрессирующей эндотелиальной дисфункцией, отрицательно влияющей на показатели СМАД; ростом нагрузки давлением, повышенной вариабельностью АД, нарушением циркадного ритма за счет недостаточного снижения ночного САД и ДАД.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Сметанин М.Ю., Чернышова Т.Е., Пименов Л.Т. Кононова Н.Ю.

ФГБОУ ВО Ижевская медицинская академия МЗ РФ, Ижевск, Россия

Цель - оценка костного метаболизма и минеральной плотности костной ткани (МПК) у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Методы исследования: обследовано 70 пациенток с НДСТ в возрасте от 19 до 37 лет. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я - 35 пациенток с преимущественно висцеральными проявлениями НДСТ, 2-я - 35 женщин с преимущественно костно-суставными проявлениями. НДСТ диагностировалась по критериям Национальных рекомендаций (2012). О метаболизме соединительной ткани (СТ) судили по показателям

свободного и пептид-связанного оксипролина (СОП и ПСОП), и гликозаминогликанов (ГАГ). Костный обмен оценивали по уровню общего кальция и фосфора в сыворотке крови, активности маркеров костного формирования (щелочной фосфатазы – ЩФ и ее костного изофермента – КИЩФ), о костной резорбции – по тартратрезистентной кислотой фосфатазы (ТКРФ). Определение прочности костной ткани проводилось на ультразвуковом остеоденситометре OMNISENSE™ 7000 (Израиль). Оценивали индекс прочности костной ткани (ИП) и интегральный показатель Z-score.

Полученные результаты: в обеих группах отмечался нормальный уровень кальция в сыворотке крови в сочетании с гиперфосфатемией. Уровень сывороточного фосфора был значимо выше в 1-й группе (29,2% против 12,5%; $p < 0,05$), как и уровень ЩФ (15,3% против 5,9%). В тоже время активность КИЩФ оказалась в 1,2 раза, а ТКРФ – в 2 раза выше чем в 1-й группе. Отмечено увеличение уровня СОП в крови и его экскреции в обеих группах ($p < 0,05$), увеличение концентрации ГАГ в сыворотке крови ($p < 0,01$), что отражало гиперкатаболизм СТ. Коэффициент СОП/ОПСИ в 2-й группе был по средним значениям в 2,7 раза выше по сравнению с 1-й группой, что отражало преобладание процессов деструкции над биосинтезом коллагена. Оценка структурно-функционального состояния костной ткани подтвердила снижение МПК с нарушением архитектоники кости и остеопенией. При подробном анализе показателей денситометрии выявлена достоверная разница в показателе скорости прохождения ультразвуковой волны вдоль кортикального слоя кости, наиболее значимая во 2-й группе ($p < 0,01$).

Выводы: степень изменений костного обмена, метаболизма СТ и МПК у пациенток с НДСТ зависит от клинических вариантов заболевания – наличия/отсутствия висцеральных патологий, вовлечения той или иной системы. Наиболее значимые изменения в гомеостазе отмечаются у пациенток с костно-суставным вариантом НДСТ: резкое преобладание процессов деструкции коллагена над его биосинтезом. Наличие желудочно-кишечной стигматизации характеризуется менее значимым разобщением процессов костного ремоделирования с усилением костной резорбции на фоне умеренного повышения костного формирования.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОД ВЛИЯНИЕМ ВОЗРАСТА И КУРЕНИЯ

**Улубиева Е.А., Автандилов А.Г., Тотров И.Н., Медоева А.А., Еналдиева Р.В.,
Антониади И.В., Джикаева З.С.**

**Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
МЗ Российской Федерации, Москва, Россия**

Цель исследования. Сравнительное изучение особенностей морфофункциональных изменений сосудов у практически здоровых мужчин и женщин под влиянием возраста и курения. Материалы и методы. В исследование включены 412 практически здоровых курящих и некурящих мужчин и женщин в возрасте от 20 до 75 лет (участники были разделены на возрастные подгруппы: 1 – 20-39 лет, 2 – 40-59 лет, 3 – 60-75 лет), которым было проведено комплексное обследование, включавшее лабораторные методы

исследования, ультразвуковое исследование сосудов с определением параметров кровотока, толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий, эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), а также объемную компрессионную осциллометрию. Результаты. Морфофункциональные изменения сосудов у некурящих мужчин и женщин развиваются практически параллельно и напрямую зависят от возраста, проявляются ростом параметров индексов ригидности, скорости пульсовой волны (СПВ), нарушением функции эндотелия, увеличением ТКИМ, снижением скоростных показателей кровотока и податливости плечевой артерии (ПА). В то же время у курящих мужчин и женщин указанные изменения более выражены и прогрессируют более интенсивно: ТКИМ превышает пороговые величины на 15 лет раньше у курящих мужчин (с 40 лет) и на 20 лет раньше у курящих женщин по сравнению с их некурящими сверстниками, при этом у курящих женщин подобные изменения значений ТКИМ формируются на 5 лет раньше, чем у курящих ровесников мужского пола. Нарушения ЭЗВД у курящих мужчин и женщин наблюдаются уже в 1-й возрастной подгруппе, в том числе, в виде вазоконстрикции (парадоксальная реакция), что свидетельствует о наиболее тяжелых нарушениях функции эндотелия, его поражении, возможно, денудации. У курящих мужчин снижение ЭЗВД ниже пороговых величин выявляется с 40 лет, в то время как у курящих женщин средние значения ЭЗВД находятся в рамках нормативных величин в 1-й и 2-й возрастных подгруппах, что можно объяснить сохранением у большинства из них менструального цикла, и связано с антиатерогенным и кардиопротективным действием эстрогенов. При проведении корреляционного анализа ЭЗВД и возраста была выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь: у некурящих мужчин $r=-0,52$, ($p<0,05$), в группе курящих мужчин $r=-0,59$, ($p<0,05$); у некурящих женщин $r=-0,51$, ($p<0,01$), а у курящих женщин $r=-0,28$, ($p<0,05$), что, возможно, свидетельствует о большем влиянии курения на сосудистую стенку и ее реактивность у женщин. Выводы. Наличие дополнительного фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний – курения приводит к более раннему возникновению и прогрессированию морфофункциональных изменений артерий у практически здоровых мужчин и женщин, которые наслаиваются на естественные инволюционные процессы, происходящие в организме при старении, и ускоряют их, особенно у женщин.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хлынова О.В., Береснева Л.Н., Шишкина Е.А.

**Пермский государственный медицинский университет им.ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ,
Пермь, Россия**

Цель исследования: изучить возможность диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц с артериальной гипертензией (АГ) при проведении ЭХО-КГ.

Материалы и методы. Были обследованы 60 больных, из которых 25 страдали изолированной АГ, 35 имели сочетание АГ и ГЭРБ. При проведении стандартного эхокардиографического исследования определяли наружного и внутреннего радиусов

грудного отдела аорты, а также систолический и диастолический диаметр аорты с последующим расчетом артериальной массы и пульсового изменения диаметра.

Расчет артериальной массы (VM) осуществляли по формуле:

$VM = 2057 \cdot (Re^2 - Ri^2)$, где Re – наружный радиус, Ri - внутренний радиус; величина 2057 – константа, которая получается путем перемножения констант $\rho \cdot L \cdot \pi$, где ρ - плотность артериальной стенки ($\rho = 1.06 \times 10^3$ кг/м³), L – средняя длина грудного отдела аорты (L = 6 см), $\pi = 3,14$ [Clinical Applications of Arterial Stiffness; Definitions and Reference Values. American Journal of Hypertension. 2002]

Пульсовое изменение диаметра (Pd) рассчитывали по формуле: $Pd = DS - DD$,

где DD – диаметр в диастолу (см), DS – диаметр в систолу (см) [Clinical Applications of Arterial Stiffness; Definitions and Reference Values. American Journal of Hypertension. 2002]

При использовании методов статистического анализа нами была создана формула: $Y = 0,125 - 0,00046 \cdot VM + 10,98 \cdot Pd$, где Y – вероятность наличия ГЭРБ у больного АГ, VM – артериальная масса (мг), Pd – пульсовое изменение диаметра (см), и при значении $Y \geq 0,50$ мг/см определяют наличие ГЭРБ у больных с АГ.

Результаты. Модель (представленная формула) обладает высокой чувствительностью (91,4 %) и специфичностью (92,0 %), с малым количеством ложноположительных и ложноотрицательных ответов, и хорошим показателем воспроизводимости (86,5 %), что подтверждает высокую диагностическую эффективность модели.

Преимущество способа заключается в его оригинальности и возможности иным (неинвазивным) и доступным методом эхокардиографии диагностировать у больных с АГ сопутствующую патологию в виде ГЭРБ, даже при отсутствии жалоб у пациента на поражение органов пищеварения. Ведь зачастую, течение КЗЗ на фоне АГ, характеризуется стертой клинической симптоматикой, а порой протекает под масками другой терапевтической патологии.

Вывод. Данный способ может быть использован для своевременной диагностики ГЭРБ у больных с АГ при обследовании больного как кардиологического пациента, даже не предъявляющего жалоб на изжогу.

ГИПОТИРЕОЗ И ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Чернышова Т.Е., Коровкина Е.В., Савельева Т.В., Стяжкина С.Н., Эшмаков С.В.
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия**

Цель: изучить частоту встречаемости, характер и длительность эпизодов безболевой (ББИМ) и болевой ишемии миокарда (БИМ) у пожилых больных артериальной гипертензией с сопутствующим гипотиреозом.

Материал и методы: обследовано 72 пациента (12 мужчин и 60 женщин) АГ II–III степени в возрасте от 60 до 79 лет. Обследуемая группа формировалась методом случайной выборки лиц пожилого и старческого возраста, направленных участковым терапевтом на консультацию к эндокринологу. Причина консультации – сложности достижения и поддержания целевых значений АД. В 16 случаях клинически и по данным ЭКГ диагностирована ИБС. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 8 пациентов. Всем больным

проведено суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ) и АД (СМАД) с анализом показателей ЧСС, ЭКГ и АД на разных этапах тредмил-теста. Состояние щитовидной железы (ЩЖ) оценивалось по данным УЗИ, уровню тиреоидных гормонов крови: ТТГ, свободного Т3 и Т4, антител к тиреопероксидазе (АТкТПО). В зависимости от функционального состояния ЩЖ выделено 3 клинических группы: 1 группа - 22 больных со стойкой компенсацией гипотиреоза, 2 группа - 20 больных с субклиническим гипотиреозом (ТТГ>4,0 мМЕ/мл), 3 группа - 30 больных со снижением сТ3, сТ4 и повышением ТТГ от референсных значений.

Результаты. В 1-й группе эпизоды БИМ не зарегистрированы, во 2-й группе зарегистрированы у 15,2%, в 3-й – у 13,6% больных. Анализ результатов СМ-ЭКГ подтвердил наличие ишемических изменений, частота которых возрастала от 18,2% больных в 1 группе до 55% больных в 3 группе. Количество эпизодов горизонтальной депрессии сегмента ST за сутки преобладало у больных 3-й группы, регистрируясь в 5 раз чаще, чем в 1-й группе и в 2 раза - чем во 2-й группе. Зарегистрировано возрастание частоты БИМ в исследуемых группах: 18,2% - 24,2% - 40%, что коррелировало с глубиной депрессии сегмента ST ($r=0,56$; $p<0,01$). У больных 3 группы эпизоды депрессии сегмента ST зарегистрированы в 55% случаев при 40% частоте регистрации ББИМ и 15% - БИМ. При проведении тредмил-теста выявлено прогрессирующее снижение резервных возможностей при повышении значений ТТГ ($r=0,63$; $p<0,001$), что свидетельствует о роли гипофункции ЩЖ в ограничении физической работоспособности. Больные АГ с нормальными значениями ТТГ показали более адекватную переносимость физической нагрузки, чем больные с субклиническим гипотиреозом и декомпенсированным гипотиреозом, отражая снижение адаптационно-компенсаторных резервов организма и ухудшение прогноза реабилитации.

Выводы. По данным СМ-ЭКГ и СМАД больных АГ с гипотиреозом повышение уровня ТТГ сопровождается увеличением частоты и степени ишемии миокарда с возрастанием частоты встречаемости эпизодов горизонтальной депрессии сегмента ST, БИМ и ББИМ. В то же время, перспективы коррекции гипотиреоза у пожилых больных представляются сомнительными, т.к. ухудшается реабилитационный прогноз, адаптационные возможности организма. Очевидно, что принятие решения о коррекции тиреоидной дисфункции должно определяться индивидуально, соизмеряя риск и пользу активного лечебного вмешательства.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОЛГОСРОЧНОГО СОХРАНЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРРЕКЦИИ ОЖИРЕНИЯ

Чернышова Т.Е., Мирзоян И.А., Закарьяева С.С., Моллаева Н.Р.

**ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск
ФГБОУ ВО «Дагестанский медицинский университет», Махачкала, Россия**

Цель исследования: анализ взаимосвязей психоэмоционального состояния пациентов и факторов риска рикошета массы тела после курса лечения ожирения.

Материал и методы исследования: Клинико-психологическое исследование проведено у 663 пациентов с избыточной массой тела - 504 женщин (83,6 %) и 159 мужчин (16,4 %)

работоспособного возраста из которых 108 человек прошли курс реабилитации в республиканской «Школе красоты и здоровья». Программа включала клиничко-лабораторное обследование и психологическое тестирование по опросникам «Стрессоустойчивость и социальная адаптации» (Холмс и Раге), «Психодинамический профиль личности» ISTA 96 (Аммон), «Копинг поведение в стрессовых ситуациях» (Норман), «Опросник пищевого поведения» DEBQ. Программа лечения включала индивидуальную коррекцию диеты и физической нагрузки, медикаментозную коррекцию (32,8% пациентов). Оценка динамики показателей проводилась еженедельно (3 месяца) с ежемесячным дистанционным контролем в отдаленный период (2 года). Выделены группы пациентов с быстрым и замедленным снижением веса, с рикошетом и без рикошета веса. Обработка материала проведена методом факторного анализа в стандартизированных z-шкалах, методом главных компонент с вращением варимакс.

Полученные результаты: Факторный анализ выявил 3 группы наиболее значимых факторов, повышающий риск развития рикошета веса (процент дисперсии менее 75%). Первая совокупность факторов (29,32% общей дисперсии) объединила показатели с высокой факторной нагрузкой: динамика ИМТ ($r=0,97$) и соотношения окружность талии/окружность бедер ($r=0,95$) в период интенсивного снижения веса (3 месяца). Вторая совокупность факторов (25,6% от общей дисперсии) включала эмоционально-ориентированный копинг ($r=0,73$): избегание стрессовой ситуации, мысленное и поведенческое дистанцирование, использование транквилизаторов, алкоголя, «заедание» проблем как способов психологического «бегства». Показатели отрицательно коррелировали с копингом поведения ($r=-0,85$), ограничительным пищевым поведением ($r=-0,51$) и положительно с экстернальным типом пищевого поведения ($r=0,51$). Третья совокупность факторов (13,3% общей дисперсии выборки) отражала степень адаптации к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, низким потенциалом психической активности ($r=-0,47$), неспособностью к конструктивному поведению ($r=-0,56$).

Выводы: Быстрое снижение веса является предиктором его рикошета. Оценка психоэмоционального состояния пациента и его коррекция – важное условие эффективности лечения ожирения.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Чеснокова Л.Ю., Лебедева Н.Б., Тарасов Н.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучить частоту выявления и степень выраженности внекоронарного атеросклероза при инфаркте миокарда, осложненном левожелудочковой недостаточностью с хронической ишемией головного мозга в анамнезе.

Материал и методы. 182 пациента с Q-позитивным инфарктом миокарда (ИМ) и сопутствующей хронической ишемией головного мозга (ХИГМ), осложненным левожелудочковой недостаточностью, в возрасте от 45 до 75 лет, из них 149 (81,9%) мужчин 33 (18,1%) женщин. Средний возраст пациентов 60,4 (53; 69) лет. Всем пациентам были проведены селективная коронарография («Angioscop»; «INNOVA 3100»), эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ЦДС БЦА) и артерий нижних конечностей с цветным картированием кровотока и импульсной доплерографией на аппарате Sonos – 2500. Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет прикладных программ STATISTICA 8.0.

Результаты. Большинство пациентов – 123 (67,6%) составило группу с ХИГМ II степени, ХИГМ I степени диагностирована у 38 (20,9%) и еще 21 (11,5%) пациент перенес ОНМК или ТИА в анамнезе (ХИГМ III). По результатам ЦДС БЦА толщина комплекса интимамедия более 1,0 мм определена у всех пациентов, однако ни у кого из обследованных не обнаружено гемодинамически значимых стенозов экстракраниальных артерий. Нестенозирующие атеросклеротические бляшки выявлены у 68 (37,4%), из них одностороннее поражение внутренней сонной артерии у 46 (25,2%), двустороннее – у 21 (11,5%). Признаки атеросклероза артерий нижних конечностей выявлены у 33 (18,1%) пациентов. Стенозирующие бляшки в коронарных артериях имелись у всех пациентов, из них у 112 (61,5%) пациентов диагностировано многососудистое поражение коронарного русла. Таким образом, атеросклеротическое поражение внекоронарной локализации выявлялось у половины пациентов, при этом у 11,5% атеросклеротические бляшки визуализировались во всех 3-х сосудистых бассейнах.

Выводы. Отсутствие гемодинамически значимых стенозов экстракраниальных артерий у пациентов с ИМ, ассоциированным с ХИГМ, предполагает значительный вклад кардиальной патологии и мультифокальности поражения в развитие признаков хронической ишемии головного мозга у пациентов с ИБС и ИМ и требует дальнейших исследований.

**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У
ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АССОЦИИРОВАННЫМ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

Чеснокова Л.Ю., Лебедева Н.Б., Тарасов Н.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Кемерово, Россия**

Цель исследования: изучить частоту выявления и степень выраженности внекоронарного атеросклероза при инфаркте миокарда, осложненном левожелудочковой недостаточностью с хронической ишемией головного мозга в анамнезе.

Материал и методы. 182 пациента с Q-позитивным инфарктом миокарда (ИМ) и сопутствующей хронической ишемией головного мозга (ХИГМ), осложненным

левожелудочковой недостаточностью, в возрасте от 45 до 75 лет, из них 149 (81,9%) мужчин 33 (18,1%) женщин. Средний возраст пациентов 60,4 (53; 69) лет. Всем пациентам были проведены селективная коронарография («Angioscop»; «INNOVA 3100»), эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ЦДС БЦА) и артерий нижних конечностей с цветным картированием кровотока и импульсной доплерографией на аппарате Sonos – 2500. Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет прикладных программ STATISTICA 8.0.

Результаты. Большинство пациентов – 123 (67,6%) составило группу с ХИГМ II степени, ХИГМ I степени диагностирована у 38 (20,9%) и еще 21 (11,5%) пациент перенес ОНМК или ТИА в анамнезе (ХИГМ III). По результатам ЦДС БЦА толщина комплекса интимамедия более 1,0 мм определена у всех пациентов, однако ни у кого из обследованных не обнаружено гемодинамически значимых стенозов экстракраниальных артерий. Нестенозирующие атеросклеротические бляшки выявлены у 68 (37,4%), из них одностороннее поражение внутренней сонной артерии у 46 (25,2%), двустороннее – у 21 (11,5%). Признаки атеросклероза артерий нижних конечностей выявлены у 33 (18,1%) пациентов. Стенозирующие бляшки в коронарных артериях имелись у всех пациентов, из них у 112 (61,5%) пациентов диагностировано многососудистое поражение коронарного русла. Таким образом, атеросклеротическое поражение внекоронарной локализации выявлялось у половины пациентов, при этом у 11,5% атеросклеротические бляшки визуализировались во всех 3-х сосудистых бассейнах.

Выводы. Отсутствие гемодинамически значимых стенозов экстракраниальных артерий у пациентов с ИМ, ассоциированным с ХИГМ, предполагает значительный вклад кардиальной патологии и мультифокальности поражения в развитие признаков хронической ишемии головного мозга у пациентов с ИБС и ИМ и требует дальнейших исследований.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шабанова О.А., Шабанова Л.В.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень, Россия

Коморбидные заболевания являются одной из актуальных проблем современной медицины. Наиболее типичное и часто встречающееся в клинической практике – сочетание ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Цель: изучение клинических особенностей, а также состояния внутрисердечной гемодинамики у пациентов с ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и ХОБЛ. Методы исследования: ЭКГ, ЭХОКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ, спироэргометрия, спирография, общеклинический и биохимический анализ крови. Полученные результаты: Наличие хронической обструктивной болезни легких у больных ИБС проявляется тремя основными вариантами течения: стенокардитическим, бронхообструктивным и безболевым.

Определенные трудности отмечаются в трактовке болевого синдрома в области сердца. Болевые ощущения имеются как при ИБС, так и при развитии хронического легочного сердца на фоне ХОБЛ. В связи с этим важно установить влияние физической нагрузки на появление ангинозного болевого синдрома. В качестве одного из клинических проявлений ишемии миокарда рассматривалась одышка. Однако трактовка этого симптома как проявления коронарной недостаточности у больных ХОБЛ, испытывающих одышку практически постоянно, также существенно затруднена. По данным спирографии снижение показателя ЖЕЛ при сохраняющемся на прежнем уровне ОФВ1 позволяет говорить о прогрессировании застойных явлений в малом круге. По результатам проведенного эхокардиографического исследования у пациентов с тройственной патологией (ИБС и АГ в сочетании с ХОБЛ) отмечаются более выраженные процессы ремоделирования левого и правого желудочков сердца (достоверное увеличение КДР ЛЖ, КСР ЛЖ, толщины МЖП и ЗСЛЖ). В группе пациентов, у которых ХОБЛ была первична, а затем присоединились ИБС и АГ превалирует вентиляционная недостаточность по обструктивному типу, снижение систоло-диастолической функции ПЖ, проявляющееся снижением ФВ до 40%, повышением СДЛА, низким парциальным давлением кислорода (60-70 мм рт.ст.) и высоким парциальным давлением СО (44-45 мм рт.ст.) в капиллярной крови с развитием вторичного эритроцитоза. Также в ходе исследования было отмечено, что на ранних этапах формирования хронического легочного сердца у пациентов с тройственной патологией за счет тахикардии увеличивается нагрузка на левый желудочек и тип кровообращения соответствует гиперкинетическому. При увеличении нагрузки на правый желудочек отмечается снижение диастолической функции и сократительной способности миокарда, что приводит к уменьшению фракции изгнания ЛЖ и развитию гипокинетического типа гемодинамики. Выводы. По итогам проведенного исследования установлено: у лиц с ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертензией наличие такой сопутствующей патологии как ХОБЛ способствует отягощению и прогрессированию хронической сердечной недостаточности, легочной гипертензии, процессов ремоделирования миокарда.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ P300 ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Штемберг Л.В.

**Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтГМУ
Минздрава России, Ставрополь, Россия**

Актуальность работы. СД 1 типа относят к важнейшей медико-социальной проблеме здравоохранения, так как это заболевание нередко возникает в детском и юношеском возрасте, характеризуется тяжестью течения, ранней инвалидизацией и смертностью.

Цели исследования: Оценить степень нарушения когнитивных расстройств у пациентов с сахарным диабетом 1 типа с целью оптимизации ранней диагностики осложнений.

Методы исследования: Исследованию подвергались 103 больных (65 женщин, 38 мужчин) в возрасте от 18 до 45 лет с сахарным диабетом 1 типа с различной степенью

выраженности когнитивных расстройств и длительностью заболевания от 1 года до 10 лет. Мы применяли нейрофизиологическое исследование, позволяющее анализировать когнитивные процессы в головном мозге - использование методики Р300 на приборе «Нейрон-Спектр-4/ВПМ».

Результаты: Анализ когнитивных вызванных потенциалов волны Р300 показал статистически значимое ($p < 0,01$) увеличение латентного периода, которое составило $329,3 \pm 2,78$ мс (в контрольной группе $303,1 \pm 1,72$ мс).

Заключение: Когнитивные вызванные потенциалы мозга при сахарном диабете 1 типа отражают целостную функциональную активность головного мозга, что позволяет дать оценку преклинической стадии когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.