

Актуальные проблемы
современной

ревматологии и кардиологии

Сборник научных работ

Волгоград 2004



Флогэнзим®
Phlogenzym®

Вобэнзим®
Wobenzym®

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ

современный метод лечения ревматических заболеваний

Противовоспалительный эффект;

Противоотечный и вторичноаналгетический эффект;

Иммуномодулирующий эффект:

- ингибирование образования и повышение элиминации циркулирующих иммунных комплексов и иммунных депозитов в тканях
- регуляция функциональной активности моноцитов-макрофагов, цитотоксических Т-лимфоцитов, NK-клеток
- модуляция уровня про- и противовоспалительных цитокинов и адгезионных молекул
- стимуляция продукции эндогенных интерферонов
- снижение активности системы комплемента

Профилактика осложнений базисной терапии (снижение токсичности и улучшение переносимости глюкокортикоидов, цитостатиков, препаратов золота и др.)

Справки по тел. (812) 315-92-95; (095) 114-44-71.



Mucos Pharma,
Германия

Сердол®

Верный друг
Вашего сердца



Современный селективный
бета₁-адреноблокатор
Препарат применяется при артериальной
гипертензии, для профилактики приступов
стенокардии напряжения, при вторичной
профилактике инфаркта миокарда,
при нарушениях сердечного
ритма



RAMPHARM CO

ДИКЛОФЕНАК + МЕНТОЛ: СОЮЗНИКИ В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ



ДИКЛОФЕНАКОЛ КРЕМ

ПОМОЖЕТ ПРИ:

невралгии
миалгии
артралгии
боли в позвоночнике
ушибах
растяжениях



RAMPHARM CO

НАСЛАЖДАЙТЕСЬ ДВИЖЕНИЕМ

АЛФЛУТОП®

**ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИНЪЕКЦИОННЫЙ
ХОНДРОПРОТЕКТОР
С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ**

Поможет при

- остеоартрозе
- остеохондрозе
- спондилезе
- реабилитации после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате

- ✦ Предупреждает дегенерацию суставного хряща, стимулирует его восстановление
- ✦ Эффективно снижает боль и воспаление в суставах
- ✦ Увеличивает объем движений в суставах
- ✦ Позволяет уменьшить дозу НПВП до полной отмены
- ✦ Улучшает качество жизни

Состав:

гиалуроновая кислота, хондроитин-4-сульфат, хондроитин-6-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат, полипептиды (не более 50 кДа), свободные аминокислоты, Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn, Mn



ROMFARMLABS

"Ромфарм Компани"
119991, г. Москва, Ленинский проспект, дом 32а, 3-й этаж
Тел./факс: (095) 938-64-41, 938-64-42, 938-64-43

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская Ассоциация
Ассоциация ревматологов Южного федерального округа
ГУ «Научно-исследовательский
Институт клинической и экспериментальной ревматологии РАМН»
Волгоградский государственный медицинский университет

**Посвящается 60-летию
Российской академии медицинских наук**

Актуальные проблемы
современной
ревматологии и
кардиологии

Сборник научных работ

Под редакцией
академика РАМН, заслуженного деятеля науки РФ,
профессора А. Б. Зборовского

В Ы П У С К Д В А Д Ц А Т Ь П Е Р В Ы Й

Волгоград 2004

УДК 616-002.77 (06)

Актуальные проблемы современной ревматологии и кардиологии. Сборник научных работ / под ред. академика РАМН А. Б. Зборовского. – Вып. XXI. Волгоград, 2004. – 240 с.

Настоящий выпуск сборника посвящен 60-летию Российской академии медицинских наук. Включает научные работы в области ревматологии и кардиологии, представленные ведущими клиническими, исследовательскими центрами, высшими учебными заведениями России. Рассматриваются проблемы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, диагностики, лечения, реабилитации ревматических и кардиологических заболеваний.

Издание рассчитано на широкий круг научных работников, врачей, аспирантов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

© Коллектив авторов, 2004
© Составление. Оформление.
ГУ НИИ КиЭР РАМН, 2004

Российской академии медицинских наук – 60 лет

Выдающимся историческим событием в жизни нашей страны, славной вехой на пути развития отечественной медицинской науки явилось учреждение в 1944 г. Академии медицинских наук СССР. Образование АМН предопределили значительные успехи представителей медицины, отдавших все свои силы служению Родине и развитию этой области человеческих знаний.

30 июня 1944 г. Совнаркомом СССР было издано Постановление об учреждении при Народном Комиссариате здравоохранения СССР Академии медицинских наук СССР, утвержден устав Академии и список ее институтов. 22-24 декабря 1944 г. в зале Моссовета прошла Учредительная сессия Академии медицинских наук СССР. В своем выступлении нарком здравоохранения СССР Г.А. Митерев отметил насущную необходимость «создания в СССР такого авторитетного научного органа, который мог бы на более высоком уровне разрабатывать основные проблемы медицинских наук, подводить итоги научной деятельности в области медицины, давать новые концепции, направляющие научную мысль, своевременно подмечать и подхватывать все новое, прогрессивное, творчески ценное в медицине». По словам Н.Н. Бурденко, Академия «приняла на себя историческое наследие основоположников русской науки - Пирогова, Сеченова, Боткина, показавших всему миру потенциальные силы, таящиеся в русском народе» и была призвана осуществлять «синтез медицинской науки, создать философию медицины».

Первых действительных членов - учредителей Академии (60 человек) - не избирали. Они были назначены правительством по личному указанию И.В. Сталина. В состав Президиума АМН вошли: президент - Н.Н. Бурденко; вице-президенты - А.И. Абрикосов, М.С. Малиновский, П.А. Куприянов; академик-секретарь - В.В. Парин; А.А. Богомолец, И.В. Давыдовский, Ю.Ю. Джанелидзе, Л.А. Орбели; академики-секретари Отделений: И.П. Разенков, В.Ф. Зеленин, Ф.Г. Кротков. Среди академиков были имена выдающихся ученых, внесших большой вклад в науку: С.С. Юдин, Н.Н. Петров, В.Н. Виноградов, В.Ф. Зеленин, Н.Д. Стражеско, М.С. Малиновский, В.А. Гиляровский, Г.Н. Сперанский, В.П. Филатов, Л.В. Громашевский, Н.А. Семашко, Е.Н. Павловский, В.Н. Тонков и др. Первоначально в Академии было создано три Отделения: медико-биологических наук; клинической медицины; гигиены, микробиологии и эпидемиологии, между которыми распределялись 25 научных институтов.

Последующие годы (конец 40-х - начало 50-х гг.) были наиболее тяжелым периодом в развитии отечественной медицинской науки, АМН, характеризовались политическим и идеологическим диктатом, репрессиями целых научных дисциплин (генетики, физиологии, психологии). К этому периоду времени относятся нашумевшие разоблачение действа мизантропии-морганизма, дело «врачей-убийц». Однако и в этой сложной обстановке ученые продолжали работать, был выполнен целый ряд серьезных исследований в области изучения гриппа, полиомиелита, клещевых энцефалитов, дизентерии, атеро-

склероза и гипертонической болезни, общепатологических и клинических аспектов злокачественного роста и др.

Состоявшаяся после смерти И.В. Сталина в марте 1953 г. VIII сессия Общего собрания АМН положила начало освобождению от наследия культа личности и исправлению многих допущенных перегибов. Важными вопросами, которые в основном удалось разрешить в середине 50-х гг., было вовлечение в деятельность Академии действительных членов и членов-корреспондентов, работающих в научных учреждениях, не входящих в систему АМН; внедрение результатов научных исследований в практическое здравоохранение.

11-13 декабря 1969 г. В Москве состоялась юбилейная XXVIII сессия Общего собрания, на которой были подведены итоги деятельности АМН за 25 лет ее существования. За этот период времени институты АМН превратились в крупные научные центры, определяющие развитие медицинской науки во всей стране. Созданы большие коллективы ученых, способные решать самые сложные проблемы современной медицины и биологии. Успехи и достижения ученых АМН были отмечены 37 Ленинскими премиями, 83 Государственными премиями СССР; 108 ученым АМН присвоено звание Заслуженный деятель науки. Высшей правительственной награды - звания Героя Социалистического Труда удостоено 36 человек.

Последующие годы характеризовались интенсивным развитием АМН. В 70-е гг. претерпела существенные изменения ее научно-организационная деятельность, начался этап программно-целевого планирования. Продолжилось развитие и совершенствование сети научно-исследовательских учреждений. В 70-80-е гг. значительно возросло число научных сотрудников, работавших в системе АМН. К 1990 г. их насчитывалось 8214 человек (в т.ч. 1214 докторов и 4533 кандидатов наук), было избрано в АМН 142 академика и 173 члена-корреспондента. Большое внимание стало уделяться подготовке кадров: проведению школ молодых ученых, организации факультетов подготовки научных и научно-педагогических кадров. Была развернута издательская деятельность. Успешно развивалось международное сотрудничество. Практически во всех отраслях медицинской науки выполнены крупные исследования, разработаны целевые комплексные, научно-технические программы.

Коренные изменения в политической и социально-экономической жизни страны в 1985-90-х гг. не смогли не затронуть и деятельность АМН. В результате безуспешности попыток сохранения целостности АМН Президиумом и Общим собранием АМН было принято решение о ее преобразовании в Российскую академию медицинских наук (РАМН), закрепленное Указом президента РФ Б.Н. Ельцина от 4 января 1992 г. Экономические реалии 90-х гг., значительное снижение объемов бюджетного финансирования деятельности учреждений РАМН отрицательно сказались на развитии фундаментальных исследований в различных областях теоретической медицины. Однако, необходимо отметить, что и в этих крайне неблагоприятных и сложных условиях, учеными был достигнут целый ряд серьезных успехов теоретического и практического характера. К их числу следует отнести разработки в области радиационной медицины, фармакологии, нейронаук, терапии сердечно-сосудистых заболеваний, реконструктивной хирургии, лимфологии, генетики и др.

Необходимо отметить, что становление, развитие АМН во многом было предопределено научной и организационной деятельностью возглавлявших ее в разные периоды времени президентов, каждый из которых явился создателем своей прогрессивной научной школы, основателем и руководителем научных учреждений, в которых разрабатывались передовые научные идеи, воспитывались ученики, ставшие впоследствии видными учеными и сподвижниками. Президентами АМН в разные годы были Н.Н. Бурденко, Н.Н. Аничков, А.Н. Бакулев, Н.Н. Блохин, В.Д. Тимаков.

С 1987 г. Президиум АМН (теперь РАМН) возглавляет А.И. Покровский - талантливый ученый, крупный клиницист - инфекционист и эпидемиолог, одаренный педагог и воспитатель. В.И. Покровским разработаны методы диагностики, важнейшие принципы терапии инфекционных заболеваний, основы рационального применения антибиотиков, обоснованы и внедрены в клинику инфекционных болезней методы интенсивной терапии и реанимации. Под руководством В.И. Покровского выполнен цикл исследований по изучению ВИЧ-инфекции, описаны инфекции, вызываемые микоплазмой, генерализованные формы гельминтозов, ряд других заболеваний. Он автор более 500 научных работ, под его руководством подготовлено около 80 докторских и более 200 кандидатских диссертаций. На посту президента АМН, В.И. Покровский зарекомендовал себя крупным организатором медицинской науки и здравоохранения. Под его непосредственной курацией был осуществлен ряд важных мероприятий по дальнейшей перестройке руководства медицинской наукой, повышению ее эффективности в свете требований современности.

Сегодня, на пороге своего 60-летнего юбилея, Российская академия медицинских наук представляет собой мощный научно-практический центр, консолидирующий медицинскую науку страны, координирующий развитие отдельных ее направлений в целях борьбы за здоровье и качество жизни людей. Учреждения РАМН теперь, в большинстве своем - это крупные многопрофильные научные центры, техническое обеспечение которых позволяет разрабатывать приоритетные направления медико-биологических наук, а диапазон и масштабы исследований делают их конкурентоспособными на международном уровне.

Академик РАМН

А.Б.Зборовский

Заместитель директора
ГУ НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии РАМН, д.м.н., профессор

В.Ф. Мартемьянов

*Александров А.В., Никитин М.В., Петрова Н.В., Сизова М.В.,
Маслакова Л.А., Гонтарь И.И., Зборовская И.А.*

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ МАГНИТОУПРАВЛЯЕМЫХ СОРБЕНТОВ НА ОСНОВЕ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель исследования: усовершенствование иммунодиагностики и контроля эффективности терапии ревматоидного артрита (РА) с помощью иммобилизованных магнитоуправляемых сорбентов (МС) на основе церулоплазмينا (ЦП).

Материалы и методы. Антитела (АТ) к ЦП определяли иммуноферментным методом с использованием МС (И.П.Гонтарь, 2000) в сыворотке крови 64 больных РА со II степенью активности патологического процесса и сходными клинико-лабораторными данными. Содержание ферментативно-активного ЦП (Акт ЦП) осуществляли по методике Ravin Н. в модификации Тена Э.В. (1981). Из больных РА сформировали четыре группы: I (19 человек) – были применены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в сочетании с местным введением глюкокортикоидов (ГК) (внутрисуставно, периартикулярно); II (15 человек) – НПВП в сочетании с системным введением ГК (15–40 мг/с); III (12 человек) – НПВП в сочетании с плазмаферезом (ПФ); IV (18 человек) – НПВП в сочетании с базисной терапией (метотрексат, дегалил).

Результаты. Использование в терапии больных РА сочетания НПВП и местного введения ГК привело к уменьшению доли пациентов с повышенным уровнем АТ к ЦП с 66,6% (8 человек) при поступлении до 58,3% (7 человек) при выписке. После проведенного лечения отмечается тенденция к снижению уровня изучаемых АТ ($p > 0,05$). Несмотря на наблюдавшееся клинико-лабораторное улучшение, различия с группой здоровых лиц по уровню АТ к ЦП ($p < 0,001$) и активности фермента ($p < 0,001$) достоверны.

При применении II лечебного комплекса отмечается достоверное снижение уровня специфических антител ($p < 0,05$), активности ЦП ($p < 0,01$). По сравнению с донорами также имеются достоверные различия ($p < 0,001$). Отмечено уменьшение доли больных с повышенными значениями антител к ЦП с 80% (12 человек) до 53,3% (8 человек).

В группе больных РА, в лечении которых применялась комбинация НПВП и ПФ, перед выпиской из стационара по сравнению с поступлением отмечалось достоверное снижение уровня АТ к ЦП ($p < 0,05$), активности ЦП ($p < 0,05$). Содержание исследуемых АТ и активность фермента остаются достоверно выше таковых в контрольной группе ($p < 0,001$). Повышенные значения антител к ЦП определялись при поступлении у 14 человек (74,4%), при выписке – у 11 (57,9%).

При применении НПВП и базисных препаратов отмечена достоверная положительная динамика в отношении уровня АТ к ЦП и активности фермента ($p < 0,001$). Однако эти показатели не достигли значений практически здоровых лиц ($p < 0,001$). До начала лечения повышенные значения антител к ЦП определялись у 83,3% больных (15 человек), по окончании курса терапии – у 44,4% (8 человек). Содержание биохимически неактивного ЦП снизилось с 51,1% до 47,4%. При сравнении динамики показателей у больных данной группы выявлены достоверные различия по уровню АТ к ЦП с пациентами I группы ($p < 0,01$), II группы ($p < 0,05$) и III группы ($p < 0,05$).

Выводы. Динамика АТ к ЦП, наблюдаемая на фоне лечения РА позволяет использовать данный показатель в качестве критерия эффективности проводимой терапии. При анализе эффективности различных сочетаний лечебных мероприятий наиболее выраженные изменения уровня антител к ЦП наблюдалось в группе больных, получавших комбинацию НПВП с базисными средствами, что говорит о существовании параллелизма между динамикой изучаемых антител и клиническим состоянием пациентов.

РАБОТА ВЫПОЛНЕНА ПРИ ПОДДЕРЖКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.

*Аль Агбари Халед, Рогаткина Т.Ф., Некрасова С.П.,
Мартемьянов В.Ф., Надирадзе С.Б.*

**АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ГУАНИЛОВОЙ ВЕТВИ
ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Определение характера течения ревматизма имеет определенное значение в стратегии и тактике лечения больных и прогнозировании исхода терапии и болезни. Тип или характер течения во многом зависит от резистентности организма, его адаптационных и компенсаторных возможностей и иммунологических особенностей. Проведенные ранее исследования (Карпов Р.С.) показали, что если острое течение ревматизма характеризуется сочетанием хорошей иммунологической реактивности, выраженной или слабой стрептококковой сенсibilизацией и умеренной или слабой аутосенсibilизацией, то затяжному или вялому течению заболевания свойственно сочетание низкой иммунологической реактивности с нормальными или слабopоложительными показателями аутосенсibilизации и стрептококковой сенсibilизации. При рецидивирующем ревматизме в иммунологическом статусе преобладает низкая иммунологическая реактивность и нормальные показатели стрептококковой и аутосенсibilизации. Если острое течение достаточно легко определяется по дебюту заболевания, то затяжное и рецидивирующее течение чаще всего диагностируется с учетом анамнеза и довольно длительного наблюдения (2-3 недели) за течением болезни и реакций на проводимую терапию. Поэтому вполне понятен интерес исследователей к поиску показателей, способствующих как можно ранее определиться с характером течения заболевания.

Целью нашей работы явилось изучение возможности использования показателей активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуригидролизфосфорилазы для идентификации затяжного и рецидивирующего течения ревматизма. Исследования были проведены при одинаковой степени активности ревматического процесса. Под наблюдением находились 67 больных с 1ой степенью активности ревматического процесса, из которых у 62 определялось затяжное течение и у 5 – рецидивирующее течение заболевания. При поступлении на лечение у больных с затяжным течением выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), ГФ ($p < 0,001$), и снижение активности ГЗДА ($p < 0,001$). Через 10-12 дней лечения наблюдалось снижение активности ГДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,05$), ГФ ($p < 0,01$), а по окончании курса лечения отмечалось достоверная положительная динамика всех энзимных показателей и содержания МК. Тем не менее, и после проведенного лечения энзимные показатели имели существенные различия по сравнению со здоровыми: остались повышенными активность ГДА ($p < 0,001$), ГФ ($p < 0,001$), содержание МК ($p < 0,01$) и сниженной активностью ГЗДА ($p < 0,001$).

У больных с рецидивирующим течением при поступлении в стационар, по сравнению со здоровыми, отмечалось повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), уровня МК ($p < 0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p < 0,001$) через 10-12 дней лечения наблюдалось достоверное снижение активности ГДА, ПНФ, ГФ и повышение ГЗДА (у всех $p < 0,05$). По окончании курса лечения выявлена достоверная положительная динамика всех энзимных показателей ($p < 0,01$), которые, тем не менее, имели отличие от здоровых: осталась повышенной активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$) и сниженной активностью ГЗДА ($p < 0,01$). Практически, нормализовалась только активность ГФ ($p > 0,05$).

Проведенные сравнительные исследования энзимных показателей больных с различным характером течения заболевания показали, что при рецидивирующем течении, по сравнению с затяжным, выше активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), но ниже активность ГЗДА ($p < 0,05$), ГФ ($p < 0,001$) и больше содержание МК ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования выявили более существенные изменения активности энзимов крови при рецидивирующем течении, по сравнению с затяжным, что может быть использовано в комплексе с клиническими данными в дифференциальной диагностике этих вариантов течения заболевания.

*Аль Агбари Халед., Зборовский А.Б., Мартемьянов В.Ф.,
Надирадзе С.Б., Стажаров М.Ю.*

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ РЕВМАТИЗМА

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

До настоящего времени вопрос о наличии неактивной фазы ревматизма остается дискуссионным. И хотя она существует в современной классификации ревматизма, у многих больных (70,0-80,0%) с неактивной фазой болезни при оперативных вмешательствах по поводу коррекции пороков сердца в его биоптатах гистологически выявляются признаки активного ревматического процесса (Пешехонов и др., 2002 г.).

Аналогичные изменения выявляются и при патологоанатомических исследований (А.И. Струков и др., 1961 г.). В сыворотке крови больных в неактивной фазе ревматизма в 50-60% случаев определяются повышенные титры антистрептокиназы, уровни иммуноглобулинов, активности некоторых энзимов (В.Ф. Мартемьянов и др., 1988 г.; А.И. Сперанский и др., 1996 г.).

Под наблюдением в условиях стационара находились 37 больных, у которых на основании клинико-лабораторных данных был установлен диагноз неактивной фазы ревматизма. Среди больных были 26(70,3%) женщин и 11(29,7%) мужчин. Средний возраст больных 48,5 ± 1,9 лет. Средняя продолжительность ревматизма – 21,8 ± 2,33 года. У всех больных выявлены пороки сердца и различные стадии недостаточности кровообращения: Н-I стадия – у 5(13,5%), Н-2А – у 26(70,3%) и Н-2Б – у 6(16,2%) больных.

В сыворотке крови всех больных при поступлении в стационар, через 10-12 дней и по окончании курса лечения определялась активность гуанандезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пури nukлеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК). Контрольную группу составили 35 здоровых людей. Активность ГДА у здоровых составила $1,11 \pm 0,04$ МЕ, ГЗДА – $2,35 \pm 0,08$ МЕ, ПНФ – $0,87 \pm 0,03$ МЕ, ГФ – $1,90 \pm 0,08$ МЕ, содержание МК – $0,320 \pm 0,008$ ммоль/л.

При поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, у больных в сыворотке крови выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), содержания МК ($p < 0,05$), снижение активности ГЗДА ($p < 0,001$) и ГФ ($p < 0,01$). Через 10-12 дней лечения существенной динамики энзимных показателей крови и МК не наблюдалось. По окончании курса лечения по сравнению с начальным этапом, снизилась активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), содержание МК ($p < 0,05$), и повысилась активность ГЗДА ($p < 0,001$) и ГФ ($p < 0,001$). Показатели активности ГЗДА ($p > 0,05$), ПНФ ($p > 0,05$), ГФ ($p > 0,05$) перед выпиской из стационара не отличалась от аналогичных показателей здоровых, и только активность ГДА осталась повышенной ($p < 0,001$).

Таким образом, проведенные исследования у больных в неактивной фазе ревматизма выявили существенные изменения активности энзимов пуринового метаболизма.

В цели нашей работы не входило доказательство отсутствия в течении ревматизма неактивной фазы болезни. Но, тем не менее, если ревматизм

относится к системным заболеваниям соединительной ткани, то ни при одном подобном заболевании не имеется неактивной фазы, так как патологические процессы при этих болезнях неизменно прогрессируют, и только меняется их скорость в зависимости от эффективности лечения. В своей работе мы хотели привлечь внимание интернистов к несколько забытой проблеме ревматизма и показали, что в неактивной фазе болезни имеются существенные изменения активности энзимов, регулирующих интенсивность и направленность как метаболических, так и воспалительных процессов.

Бабушкин С. Я.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, г. Волгоград

Вертеброгенное поражение нервной системы – самое распространенное хроническое заболевание. Выраженные клинические проявления наблюдаются в период активной трудовой деятельности (возраст 25-55 лет) и представляют собой одну из самых главных причин временной нетрудоспособности. Каждый второй человек в течение жизни ощущает клинические проявления остеохондроза позвоночника. Выйдя на работу после лечения, многие больные продолжают испытывать периодические боли, ощущение эмоционального дискомфорта (страх перед следующим обострением), что неизбежно сказывается на результатах труда. Выход из сложной ситуации большинство исследователей, занимающихся данной проблемой, видят в профилактике. Причем, ведущая, активная роль в ней отводится самим больным. Особенно, учитывая возросшую автономность больного вследствие либеральных изменений в медицине в последней трети XX века и, соответственно, перемен в этикоправовом регулировании медицинской деятельности. При этом они должны быть информированы о факторах, способствующих обострению заболевания.

Цель: изучить информированность данной группы больных о самом заболевании и его профилактике.

Методы: клинико-неврологический, рентгенологический, социологическое анкетирование.

Результаты: исследовано 30 пациентов с клиническими проявлениями остеохондроза позвоночника поясничной локализации. Из них 16 мужчин и 14 женщин. Средний возраст составил $38,0 \pm 0,3$ года. Средняя продолжительность заболевания $4,3 \pm 0,4$ лет. Выявлено преобладание экстерналистского локуса контроля и малой информированности 65-100% больных, как о заболевании, так и о возможных путях его преодоления. Больных, отрицавших интерес к получению сведений о причинах, лечении и профилактике своего заболевания, среди исследуемого контингента не было.

Анализ возможных источников информированности выявил, что от врачей и медицинских сестер удовлетворительную и полную с точки зрения больных получили только 16,7% пациентов. Из других источников были названы: научно-популярная литература и средства массовой информации (67% опрошенных). Причем, при ознакомлении с данной литературой была выявлена некорректная, часто рекламная информация о том, что имеется "жуткий

остеохондроз", "диски и шипы сдавливают нервные окончания, сосуды", "не поступает нужное количество крови", "надо вправить позвонки, поставить их на место" и т.д. Больным рекомендовали обратиться к экстрасенсам, мануальным терапевтам.

Таким образом, информация часто носила психотравмирующий характер, дополнительно усугубляя пессимистическую оценку больными своего состояния. 80% пациентов отмечают неудовлетворенность рекомендациями, данными лечащим врачом по профилактике обострения заболевания, считая, что они носят общий, поверхностный характер. 98% больных выразили желание получать помимо медикаментозного, физиотерапевтического лечения психотерапевтическую коррекцию. Доминирующей копинг-стратегией была катастрофизация (70% пациентов).

Вывод: информированность больных является существенным фактором лечебного и профилактического процессов, дает возможность построения психологических коррекционно-развивающих тренингов. Основным источником информации должен быть лечащий врач, чтобы предотвратить ятрогенные и нозогенные реакции.

Бадоева З.А., Аликова З.Р., Амбалова С.А., Довголис А.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ

Целью настоящего исследования явилось изучение распространённости болезней костно-мышечной системы в Республике Северная Осетия-Алания среди различных возрастных групп населения за 5 лет (1998-2002гг.).

Материалы и методы. Проведен статистический анализ заболеваемости детей, подростков и взрослого населения болезнями костно-мышечной системы. Исследованы ежегодные отчётные формы МЗ РСО-Алания (форма №12)

Результаты. Анализ результатов исследования свидетельствует о стремительном росте данной патологии в республике за изучаемый период.

Показатель общей заболеваемости взрослого населения увеличился с 5028,3 в 1998г. до 8463,6 в 2002г. на 100000 соответствующего населения; темп прироста составил 68,32%. Увеличилось также количество больных с впервые установленным диагнозом. Так, в 1998г. первичная заболеваемость составила 3201,8, а в 2002г.- 4568,1 на 100000 взрослого населения; темп прироста составил 42,67%.

В то же время, вызывает тревогу повозрастной анализ статистических показателей болезненности и первичной заболеваемости свидетельствующий о резком росте этих показателей среди детей и подростков.

Установлено, что за анализируемый период общая заболеваемость среди подростков резко увеличилась с 2497,0 в 1998г. до 11900,3 в 2002г.; темп прироста составил 376,6. Данный показатель у детей вырос с 3331,4 до 8396,5 соответственно; темп прироста составил 152,0%.

Отмечается значительный рост уровня первичной заболеваемости в указанных возрастных группах. Наибольший рост первичной заболеваемости отмечен у детей: на 282,9% (с 1360,1 в 1998г. до 5207,5 в 2002г.); у подростков первичная заболеваемость увеличилась на 220,8% (с 1326,5 в 1998г. до 4255,1 в 2002г.), тогда как у взрослых этот показатель вырос только на 42,7%.

Из вышеизложенного следует, что интенсивность прироста заболеваемости детей и подростков значительно превышает наблюдаемый рост в группе взрослого населения.

Заключение. Изучение показателей заболеваемости населения РСО-Алания за последние 5 лет продемонстрировало, что ревматические болезни являются одной из существенных проблем здравоохранения Республики.

Существенное негативное социальное влияние ревматических болезней обусловлено, прежде всего, хроническим характером большинства из них при постоянно возрастающей общей и первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения Республики.

Анализ распространенности ревматических болезней в РСО-Алания подтверждает актуальность проблемы и свидетельствует о необходимости оптимизации деятельности по ранней диагностике и лечению, а так же профилактики ревматических заболеваний, особенно в детском и подростковом периоде.

Балашева И.И., Нагаева Т.А., Волкова У.В.

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

В литературе имеются отрывочные сведения о поражении сердечно-сосудистой системы (ССС) при геморрагическом васкулите (ГВ) у детей. Патогенетической основой поражения сердца при ГВ является очаговый микротромбоваскулит в миокарде и эпикарде. По данным ряда авторов встречаемость сердечно-сосудистых расстройств при ГВ не превышает 1 – 2%. Эти цифры, по-видимому, отражают частоту грубых поражений ССС, характерных для острой фазы болезни, при этом вопрос об истинной распространенности сердечного синдрома с учетом различных функциональных отклонений, остается открытым.

Целью настоящего исследования явилось изучение патологических нарушений со стороны ССС при ГВ у детей в зависимости от клинической формы болезни и возраста пациентов.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 128 детей, больных ГВ, находившихся на лечении в гематологическом отделении детской клиники СибГМУ г. Томска, которое включало: клинико-anamnestическое обследование пациентов, а также специальные методы инструментального исследования – ЭКГ, ФКГ, УЗИ сердца.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что практически у всех детей в острую фазу ГВ выявлялись те или иные нарушения со стороны ССС. При этом отягощенная наследственность по сердеч-

но-сосудистой патологии у ближайших родственников больных детей отмечена нами в 32% случаев. При физикальном обследовании сердца границы его у большей части пациентов были не изменены. Лишь у 8 детей (6,2%) отмечалось умеренное расширение границ сердца влево. При аускультации приглушение тонов сердца отмечалось у 24 детей (18,7%). В 75% случаев регистрировался систолический шум на верхушке и в 5-й точке. У части детей выявлено учащение (23,4%) или урежение (17,1%) пульса, лабильность артериального давления. У многих детей, страдающих ГВ, прослеживались изменения на ЭГК в виде синусовой тахи- или брадиаритмии (28,9% и 1,5% соответственно), укорочения интервала PQ (4,6%), неполной блокады правой ножки пучка Гисса (7%), атриовентрикулярной экстрасистолии (3,1%), признаков перегрузки левого желудочка (1,5%), предсердий (0,7%). При УЗИ сердца пролапс митрального клапана (ПМК) I степени выявлен у 8 детей.

Исследования показали, что у детей раннего возраста (до 3-х лет) наиболее часто (83,3%) выслушивался систолический шум на верхушке сердца и в точке Боткина, отмечалась тахикардия (33%). На ЭГК чаще выявлялась синусовая тахикардия (33,3%), реже – брадикардия (22,2%). Среди детей старшего возраста (3 – 12 лет) и подростков (12 – 15 лет) клинико-инструментальные проявления сердечного синдрома существенных различий не имели, хотя у подростков в 2 раза чаще отмечалась синусовая аритмия и наклонность к гипертензии. Следует отметить, что симптомы поражения ССС прослеживались у детей при всех клинических формах ГВ, однако для тяжелых форм болезни были характерны наиболее выраженные нарушения, как по степени, так и по продолжительности.

Выводы. Таким образом, сердечно-сосудистые расстройства характерны для большей части детей, страдающих различными формами ГВ. В подавляющем большинстве случаев симптомы поражения ССС носят функциональный характер и возникают лишь в период разгара болезни. Наш опыт показывает, что помимо базисной терапии основного заболевания, детям в острую фазу ГВ при развитии сердечного синдрома целесообразно проводить дополнительную корригирующую терапию выявленных нарушений.

*Баракат Ахмад М. Али, Сивордова Л.Е., Новикова О.В.,
Заводовский Б.В., Зборовский А.Б.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫВЕДЕНИЕМ ПРОДУКТОВ ДЕГРАДАЦИИ КОЛЛАГЕНА I ТИПА И ВЫЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ,
Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза

Остеопороз (ОП) при ревматоидном артрите (РА) характеризуется уменьшением количества коллагена на единицу объема костного вещества. В норме коллаген составляет более 90 % органического костного матрикса, из них 97 % представлено его I-ым типом. Поэтому при развитии ОП одним из маркеров костной резорбции являются продукты деградации компонентов костного матрикса. В процессе распада коллагеновых фибрилл в

кровоток высвобождаются продукты деградации коллагена, которые экскретируются в мочу.

Целью работы было изучение взаимосвязи между выведением продуктов деградации коллагена I-го типа и распространенностью ОП при РА.

Материалы и методы. Минеральная плотность костей определялось методом ультразвуковой денситометрии с использованием аппарата UBIS-3000 (Франции). Концентрация Cross laps в моче определялась иммуноферментным методом с использованием набора OSTEOMETER производства Дании. Конечная концентрация Cross laps оценивалась по отношению к концентрации креатинина в той же порции мочи.

Под нашим наблюдением находилось 65 больных с достоверным диагнозом ревматоидного артрита, установленного согласно диагностическим критериям Американской ревматологической ассоциации, из которых 51 женщина и 14 мужчин в возрасте от 19 до 72 лет. Средняя длительность заболевания у больных составила 9,75 года. Больные были разбиты на 2 группы: I-ая группа: лица страдающие остеопорозом (36 человек) и II-ая группа: имеющие нормальную минеральную плотность костей (29 человек). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты. Остеопороз достоверно чаще диагностировался у больных ревматоидным артритом по сравнению с контрольной группой ($p < 0,005$). У пациентов I-ой группы концентрация Cross laps составила $578,1 \pm 36,2$ (норма 49-460 мкг/мл креатинина), во II-ой группе - $312,4 \pm 24,4$ ($p < 0,01$). Уровень остеокальцина в этих группах составил соответственно $17,70 \pm 1,28$ и $25,61 \pm 1,13$ нг/мл (норма 8,8-37,6 нг/мл). Данные показатели свидетельствуют о высоком уровне костного метаболизма.

Таким образом, определение экскреции продуктов коллагена с мочой является маркером костного обмена у больных остеопорозом при ревматоидном артрите. Данные показатели позволяют определить тип костного обмена и решить вопрос о выборе антиостеопоретической терапии.

Басиева О.О., Антониади И.В.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, РСО-Алания,
г.Владикавказ, Россия

Среди внесуставных проявлений ревматоидного артрита (РА) наименее изучено состояние гепатобилиарной системы (ГБС). Клинический опыт однако свидетельствует о наличии у этих больных патологических изменений ГБС различной степени выраженности. По-видимому, имеется патогенетическая обусловленность поражения ГБС при РА, а также несомненна их связь с гепатотоксичностью практически всех применяемых в лечении РА препаратов.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных РА – 39 мужчин и 81 женщина в возрасте от 20 до 70 лет (средний возраст 49,7 лет). У 70% боль-

ных определялась эрозивная стадия РА, в 69,2% случаев активность ревматоидного процесса была умеренная или выраженная. У 72,5% больных в сыворотке крови определялся ревматоидный фактор. Системные проявления заболевания выявлены у 52,5% больных. Наряду с этим у 65% больных отмечены жалобы и объективные данные, свидетельствующие о заинтересованности ГБС.

В результате клинического, биохимического и инструментального обследования больных выявлены умеренное повышение уровня билирубина – 15%, гамма-глобулинов (30%), щелочной фосфатазы – 15,8%, трансаминаз – 10%, снижение уровня общего белка – 14,1%, альбуминов – 17,5%, холинэстеразы – 23,3%. Кроме этого, нами были исследованы некоторые параметры липидтранспортной системы, основные компоненты которой имеют печёночное происхождение. Содержание общего холестерина сыворотки крови больных РА оказалось достоверно ($p < 0,05$) более низким, чем у лиц контрольной группы.

По данным УЗИ с применением стандартизированных УЗ-признаков в диагностике поражений печени (З.А. Лемешко, А.В. Барсуков, 1995) выявлены следующие изменения печени – неоднородность структуры, уплотнение и увеличение размеров (50%), расширение диаметра внутрипечёночных сосудов среднего и мелкого калибра (20%), множественные мелкие очаги уплотнения (35%). Выявленные изменения нами были расценены как вероятные признаки гепатита с малой активностью, а также как проявление ревматоидного васкулита (у больных с изменениями сосудистого рисунка). Были выявлены и признаки нарушения функционального состояния ГБС (увеличение размеров желчного пузыря, изменения его формы, утолщение стенки – 25%). Наблюдавшиеся изменения свидетельствуют в пользу развития дискинезии желчевыводящих путей.

Необходимо отметить, что изменения ГБС достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались у больных с системными проявлениями, серопозитивной формой заболевания, высокой степенью активности ревматоидного процесса.

Таким образом, выявленные при комплексном исследовании изменения свидетельствуют о вовлечении ГБС в патологический процесс и обуславливают целесообразность включения в комплексное лечение необходимых препаратов, что поможет предотвратить прогрессирование патологии ГБС и развитие осложнений.

Беляева А.Г., Чижов П.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ И ЕГО СВЯЗЬ С ПАРАМЕТРАМИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, ЭХОКАРДИОСКОПИИ, АКТИВНОСТЬЮ ПЕРЕКИСНОГО ЛИПИДОВ И ОБМЕНОМ ОКСИПРОЛИНА

Кафедра факультетской терапии ЯГМА, Ярославль

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Частой патологией, сопутствующей ХОБ, является остеопороз (ОП), однако единого мнения о

причинах его развития нет.

Цель исследования: выявить наличие возможных связей между частотой встречаемости и тяжестью ОП и особенностями клинического течения ХОБ у мужчин среднего и пожилого возраста с учётом глюкокортикоидной (ГК) терапии.

Материалы и методы. Обследовано 89 мужчин (возраст $58,4 \pm 0,56$ лет) с ХОБ. Легкая форма диагностирована у 22 пациентов, среднетяжелая - у 52, тяжелая - у 15 больных. Постоянная ГК терапия (более 2 месяцев) проводилась у 21,3 % больных, причем системно – у 4,5 %. Контрольную группу составили 37 мужчин такого же возраста. У всех больных проводилось рентгеноморфометрическое исследование позвоночника, эхокардиоскопия (ЭХО-КС), исследование функции внешнего дыхания (ФВД), исследование крови на маркеры перекисного окисления липидов (ПОЛ) – диеновые и триеновые конъюгаты (ДК и ТК) и уровни свободного и белковосвязанного оксипролина (СОП и БСОП), специальное анкетирование для выявления традиционных факторов риска ОП и ХОБ.

Результаты. По данным рентгеноморфометрии ОП был выявлен у 42,7% больных с ХОБ, причем у пациентов с легкой формой ХОБ ОП выявлен в 9 % случаев, со среднетяжелой - в 40,4% случаев, с тяжелой формой – в 100% случаев. В контрольной группе ОП выявлен в 10,8 % случаев, что достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в подгруппах со среднетяжелой и тяжелой формами ХОБ. При анализе данных спирометрии выявлено достоверное снижение индекса Тиффно и ОФВ1 у мужчин с ОП, по сравнению с подгруппой без ОП. Оценка параметров эхокардиоскопии показала, что у пациентов с ОП имеет место достоверное увеличение размеров правого желудочка (ПЖ) и давления в легочной артерии (ЛА), по сравнению с подгруппой без ОП. При проведении биохимического анализа крови установлено, что уровни ДК, ТК, СОП и БСОП у больных ХОБ значительно выше, чем в контрольной группе, причем у пациентов с ХОБ и сопутствующим ОП они достоверно выше, чем у больных без ОП. Установлены достоверные положительные корреляции высокой силы между показателями рентгенодиагностической оценки ОП и длительностью ХОБ (0,72), размером ПЖ (0,54), давлением в ЛА (0,68), уровнями ДК и ТК (0,79 и 0,66), СОП и БСОП (0,89 и 0,84) и отрицательные корреляции с индексом Тиффно и ОФВ1 (-0,57 и -0,68 соответственно).

Выводы. У больных со среднетяжелой и тяжелой формами ХОБ распространенность и степень выраженности ОП значительно выше, чем в контрольной группе. Выраженность ОП возрастает у больных с более длительным течением ХОБ. У пациентов с ОП достоверно хуже, чем у больных ХОБ без ОП, показатели ФВД и ЭХО-КС. Установлены достоверные положительные корреляции высокой силы между показателями рентгенодиагностической оценки ОП и размером ПЖ и давлением в ЛА и отрицательные корреляции с индексом Тиффно и ОФВ1. Это позволяет предполагать, что одним из факторов, способствующих развитию ОП у больных ХОБ, может быть гипоксия на фоне выраженной дыхательной и сердечной недостаточности у таких больных. Повышение уровня маркеров ПОЛ в крови больных ХОБ с ОП и наличие положительных корреляций между рентгенодиагностической оценкой ОП и содержанием ДК и ТК свидетельствуют, что одним из механизмов, способствующих развитию ОП у больных ХОБ, может быть активация ПОЛ. Уровень продуктов ПОЛ, СОП и БСОП целесообразно использовать для более ранней диагностики ОП у больных с ХОБ.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЕЁ УХУДШЕНИЯ

СПбМАПО, кафедра терапии №1 им.Э.Э.Эйхвальда,
СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, лаборатория иммунологии, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить функциональную способность больных ранним ревматоидным артритом (РРА) с помощью опросника состояния здоровья (HAQ) и определить клинико-диагностические параметры, определяющие её ухудшение.

Материалы и методы: Проведена оценка состояния здоровья с помощью опросника HAQ у 26 больных РРА в возрасте от 36 до 72 лет (средний возраст 57.3 ± 1.6 года), длительностью заболевания от 2 месяцев до 1,5 года (средняя $9,7 \pm 1,4$ мес), 2-3 степенью активности, не получавших базисной терапии и глюкокортикостероидов. Положительный ревматоидный фактор (РФ+) определялся у 15 (57%) больных, отрицательный РФ (РФ-) - у 11 (43%) больных. Определялась зависимость индекса HAQ от возраста, длительности заболевания, активности РРА по индексу DAS, наличия или отсутствия ревматоидного фактора (РФ), антикератиновых антител (АКА), антиперинуклеарного фактора (АПФ), антител к цитруллин-содержащему пептиду (ССР), уровней СРБ сыворотки крови, выраженности рентгенологических изменений, определяемых по методу Sharp(1985).

Полученные результаты:

У всех исследуемых больных РРА индекс HAQ были >1 (средние значения $1,48 \pm 0,31$). У группы больных РРА серонегативных по РФ средние значения HAQ были ниже, чем у больных с РФ (+) и составили $1.35 \pm 0,23$. У серопозитивных по РФ пациентов с РРА отмечались высокие значения HAQ ($1,77 \pm 0.28$), которые сопровождалась более высокой активностью заболевания (DAS $3,2 \pm 0.5$), увеличением уровней СРБ сыворотки крови ($28,8 \pm 1.5$ мкмоль/л) и значительными показателями степени эрозий суставов и сужения суставной щели по методу Sharp.

У 3 больных с РРА в возрасте старше 65 лет значения HAQ составили $2,5 \pm 0,3$. У этих пациентов наряду с высокими значениями СРБ ($124,6 \pm 0,4$ мкмоль/л) и индекса Sharp одновременно определялись РФ, АКА и АПФ. В группе серонегативных больных РРА, высокие значения HAQ ($2,05 \pm 0,21$) были обнаружены у 4 пациентов пожилого возраста (возрасте $69,8 \pm 0,5$ года) с длительностью заболевания более 8 месяцев. У них также определялась высокая активность заболевания по индексу DAS (>3.7), выраженные рентгенологические изменения суставов, кроме того у них были обнаружены АПФ и антитела к ССР.

Выводы: 1. У всех больных РРА отмечено снижение функциональной способности по индексу HAQ, которое отражает высокую клинико-лабораторную активность заболевания и степень деструкции суставов у этих пациентов.

2. Наибольшее снижение функциональной способности определяется у больных старше 65 лет и длительностью течения РРА более 8 месяцев, а также у больных, у которых в сыворотке крови были обнаружены аутоантитела.

*Варгина В.Н., Девятаева Н.М., Труштина Н.Б., Заводовский Б.В.,
Зборовская И.А.*

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ НА ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ
гоградский государственный медицинский университет, Волгоградский центр
по диагностике и лечению остеопороза, КБ №3 ГУ «ЮОМЦ» МЗ РФ

Системная красная волчанка (СКВ) относится к ревматическим заболеваниям для которых характерна потеря трабекулярной и кортикальной костной ткани. Истинная распространённость остеопороза (ОП) и риск переломов неясны, а полученные результаты сильно различаются. Развитие ОП приводит к появлению болей в костях и позвоночнике, возникновению переломов даже при незначительной травме, изменению осанки, что значительно ухудшает качество жизни пациентов, уже и так страдающих серьёзным недугом. Всё это диктует необходимость исследования распространённости ОП и более детального изучения факторов риска его развития при СКВ.

Целью работы являлось исследование распространённости ОП при СКВ по данным ультразвуковой остеоденситометрии и влияние клинко-лабораторных показателей на его развитие.

Нами было обследовано 70 больных СКВ (63 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 16 до 64 лет. Диагноз СКВ ставился после тщательного клинко-лабораторного обследования больных в соответствии с диагностическими критериями Американской ревматологической ассоциации (ARA, 1982). Для оценки активности и варианта течения заболевания использовались клинические и лабораторные критерии, предложенные В.А. Насоновой, и шкала SLEDAI. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция).

В результате исследования у 27 (38,6%) обследованных был диагностирован остеопенический синдром различной степени выраженности, сопровождающийся жалобами на боли в костях и патологическими переломами костей в анамнезе.

При исследовании зависимости МПКТ от клинко-лабораторных показателей, определяющих тяжесть СКВ, было выявлено, что ОП чаще встречается у больных с более высокой степенью активности, более тяжелым характером течения заболевания. Среди иммунологических показателей имелась достоверная корреляция между ОП и наличием антител к нативной ДНК, которая является маркером поражения почек и отражает тяжесть патологического процесса при СКВ.

Остеопороз достоверно чаще развивается у больных длительно принимающих глюкокортикостероидные препараты, особенно в сочетании с цитостатиками. Связь ОП с суточной дозой ГКС была недостоверной. В тоже время

была выявлена зависимость риска развития вторичного ОП у больных СКВ от кумулятивной дозы ГКС.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что остеопороз при СКВ чаще встречается у пациентов с более высокой степенью активности, тяжелым характером течения заболевания, длительно принимающих глюкокортикостероидные препараты, особенно в сочетании с цитостатиками. Важное значение в развитии ОП имеет не суточная, а кумулятивная доза ГКС.

Воронкова Н.Б., Хрусталеv О.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Городская больница №2 имени Н.И.Пирогова, Рыбинск
ЯГМА, кафедра терапии ФПК и ПП СЗ, Ярославль, Россия

Цель исследования: определить характер влияния метаболических нарушений на особенности клинического течения гонартроза у женщин с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 57 женщин с гонартрозом в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст $54,7 \pm 0,76$ лет), имеющих метаболический синдром (ИМТ $38,99 \pm 0,76$). Группу контроля составили женщины с гонартрозом, не имеющие признаков метаболического синдрома, сопоставимые по возрасту (средний возраст $53,8 \pm 1,1$), с ИМТ $30,45 \pm 0,54$. Обследование включало в себя антропометрические измерения: рост, массу тела, окружность талии и бедер; вычисление индекса массы тела (ИМТ), соотношения окружности талии к окружности бедер; определение липидного спектра сыворотки крови. ХС ЛНП вычисляли по формуле Fridwald et al.: $\text{ХС ЛНП (ммоль/л)} = \text{ХС} - (\text{ТГ} : 2,2 + \text{ХС ЛВП})$. Содержание глюкозы в капиллярной крови определяли глюкозооксидантным методом натошак, проводили тест на толерантность к глюкозе. Наличие ГЛЖ и диастолическая функция левого желудочка оценивалась с помощью двухмерной эхокардиографии. Все обследованные женщины обеих групп имели клинически выраженный, и рентгенологически подтвержденный, ДОО коленных суставов (I-II-III стадии по Келлгреллу). Клинические проявления гонартроза оценивались по тесту WOMac, ВАШ в покое и при движении, индексу Лекена.

Результаты: при сопоставлении данных обследования отмечались высокодостоверные различия по всем антропометрическим показателям, компонентам липидного спектра, параметрам внутрисердечной гемодинамики, в сторону преобладания их у женщин с метаболическим синдромом. Оценка выраженности суммарных болевых ощущений (по тесту WOMAC) показала закономерное их возрастание внутри каждой группы при увеличении рентгенологической стадии, с достоверным преобладанием суммарной болезненности у женщин с метаболическим синдромом. Эта закономерность становилась более выраженной при увеличении рентгенологической стадии гонартроза. Наиболее значимые различия определялись по следующим болевым параметрам: боль при ходьбе по ровной поверхности, боль при подъеме, спуске, боль при стоянии прямо. Достоверных различий по ограничению по-

движности, как утренней, так и в течение дня после отдыха, среди этих групп пациентов выявлено не было. При анализе суммы затруднений движений в выполнении повседневной деятельности, достоверные различия ($p < 0,001$) выявлены только у пациентов с III рентгенологической стадией, у пациентов I и II стадий отмечалась лишь тенденция к ее нарастанию в группе женщин с метаболическими нарушениями. Не удалось выявить достоверности при сравнении данных по затруднению повседневной деятельности, между пациентами каждой рентгенологической стадии, по следующим показателям: подъем по лестнице, подъем из горизонтального положения, ходьба по ровной поверхности, надевание и снятие носков, выполнение легкой домашней работы, а также садиться на унитаз и залезать в ванну. Затруднение некоторых видов повседневной деятельности, таких как спуск по лестнице, посадка в машину или другие виды транспорта, ходьба за покупками, было достоверно более выраженным лишь у пациентов с III рентгенологической стадией гонартроза. Достоверные различия между пациентами каждой рентгенологической стадии определены только по одному критерию - стояние прямо. Анализ индекса Лекена выявил большую тяжесть гонартроза у женщин с метаболическим синдромом, вне зависимости от рентгенологической стадии процесса, достигая достоверности в каждой группе ($p < 0,05$).

Выводы: при тщательном анализе клинических проявлений ДОО коленных суставов (по каждому признаку теста WOMAC, индексу Лекена) определяется зависимость тяжести гонартроза от наличия метаболического синдрома и рентгенологической стадии процесса.

*Гонтарь И.П., Александров А.В., Шилова Л.Н., Петрова Н.В.,
Красильников А.Н., Емельянова О.И., Зборовский А.Б.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СОЗДАНИИ НОВОГО КЛАССА ИММУНОСОРБЕНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ

Цель: изучение возможности проведения экстракорпоральной иммуносорбции (ИС) с использованием селективных магнитоуправляемых сорбентов (МС) для удаления специфических антител (АТ) к коллагену II типа (КII), супероксиддисмутазе (СОД), глутатионредуктазе (ГР), каталазе (КТЛ), церулоплазмину (ЦП) и ревматоидных факторов (РФ) у больных ревматоидным артритом (РА).

Методы: экстракорпоральную ИС проводили в условиях *in vitro* (стендовые эксперименты). При помощи экспериментальной установки с сорбционной колонкой, содержащей 1см^3 специфического сорбента и помещенной в магнитное поле (МП), перфузировали 10-15 мл крови больных. В качестве сорбентов были использованы МС, содержащие соответствующий антиген и магнитный материал (опыт), и активированный уголь (АУ) марки ГСУ (контроль). Уровни специфических АТ определяли иммуноферментным методом (ИФА) до и непосредственно после процедуры ИС. Для определения АТ к каталазе использовали иммунофлюоресцентный метод (ИФЛ). Результаты ИФА выражались в единицах оптической плотности (е.о.п.), ИФЛ – в милли-

вольтах (мВ). Также учитывались сорбционная емкость МС, концентрация форменных элементов крови, нормальных иммуноглобулинов классов А, М, G и уровень общего белка. После использования гранулы МС регенерировались раствором с высокой концентрацией водородных ионов (рН 2,2).

Результаты: во всех случаях исходная концентрация антител соответствовала II и III степеням активности заболевания, а конечная - их титрам у доноров.

АТ	Кол-во бол-х	Метод	Уровень специфических АТ		
			До ИС	После МС	После ГСУ
К II	64	ИФА	$0,756 \pm 0,069$	$0,120 \pm 0,012$	$0,496 \pm 0,060$
РФ	64	ИФА	$0,220 \pm 0,020$	$0,041 \pm 0,005$	$0,190 \pm 0,017$
СОД	34	ИФА	$0,149 \pm 0,018$	$0,058 \pm 0,009$	$0,122 \pm 0,019$
ГР	34	ИФА	$0,168 \pm 0,019$	$0,049 \pm 0,007$	$0,129 \pm 0,016$
КТЛ	20	ИФЛ	$13,73 \pm 2,195$	$6,830 \pm 1,334$	$11,22 \pm 2,486$
ЦП	15	ИФА	$0,177 \pm 0,024$	$0,109 \pm 0,020$	$0,134 \pm 0,028$

Так, например, у больных РА наблюдалось снижение АТ к коллагену II типа в процессе сорбции в 6-8 раз, изотипов РФ в 4-5 раз ($p < 0,01$), а АТ к СОД, ГР, КТЛ и ЦП в 2-3 раза ($p < 0,05$). Различия между группами при проведении ИС с применением МС и АУ марки ГСУ также достоверны ($p < 0,05$).

Благодаря введению в структуру гранул ферромагнетиков и созданию внешнего МП, в эксперименте *in vitro* удалось преодолеть недостатки, свойственные гидрогелям (сильная сжимаемость, способность гранул гидрогеля слипаться друг с другом). Использование ИС и МП позволило избежать деструктивного влияния на форменные элементы крови, в отличие от АУ марки ГСУ, применение которых приводило к уменьшению форменных элементов в крови на 20-30%. Кроме того при проведении ИС с применением МС удалось сохранить нормальный иммуноглобулиновый состав крови и количество общего белка (до иммуносорбции - $63,1 \pm 1,2$ г/л; после МС - $61,4 \pm 1,1$ г/л, $p > 0,05$; после АУ - $51,8 \pm 0,9$ г/л, $p < 0,05$).

Выводы. Создание и внедрение в практику новых гемосорбентов, возможно, позволит иммуносорбции занять достойное место в патогенетической терапии ряда заболеваний, протекающих с аутоиммунным компонентом.

РАБОТА ВЫПОЛНЕНА ПРИ ПОДДЕРЖКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.

Грошев Ю.В., Гонтарь И.П., Ломтатидзе Е.Ш.
**ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО
СТАТУСА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКЕ
ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА**

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ВПХ ВолГМУ, ГУ НИИ КиЭР
РАМН, Волгоград, Россия

Цель: определить возможность использования иммунологических критериев в прогнозировании и выборе оптимальной тактики лечения опорно-двигательного аппарата внедрить в практику диагностики и лечения множественных повреждений конечностей критерии гуморального иммунитета.

Задачи: провести анализ изменения иммунологических критериев и их взаимосвязь с течением посттравматического периода у 129 пациентов с множественными повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы:

1. С 1999г. в практической работе используется способ прогнозирования течения посттравматического периода политравм опорно-двигательного аппарата (патент № 2151 398), основанный на реакции специфического гуморального иммунитета пострадавшего на травматическое воздействие. Способ использован при лечении 129 пациентов.

2. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) в динамике определяли уровень антител к скелетным мышечным белкам - тропомиозину и актину.

3. При благоприятном прогнозе (на основании иммунологических критериев) применялась активная хирургическая тактика (ПХО ран, различные виды остеосинтеза и т.д.) в первые сутки после травмы при отсутствии витальных противопоказаний.

4. Одновременно с оперативным и консервативным лечением политравм с начала посттравматического периода применяли иммунотерапию. В дальнейшем, по стабилизации состояния, проводили лечение, направленное на ликвидацию эндогенной интоксикации. Через 2 недели после травмы к лечению присоединяли иммунологически активные препараты для профилактики и лечения инфекционных осложнений, вызывающих иммунодепрессию. В позднем посттравматическом периоде для восстановления функций иммунной системы (с 20 – 25 дня после травмы) применяли активную и пассивную иммунотерапию, для чего использовали иммуномодуляторы и иммуностимуляторы.

Результаты: Использование иммунологических прогностических критериев течения посттравматического периода политравмы для правильного выбора тактики оперативного и консервативного лечения (включая комплексную иммунотерапию) позволило добиться положительных результатов лечения пациентов с политравмой в 94,6% случаев. При неблагоприятном прогнозе, несмотря на интенсивное лечение, получены неблагоприятные исходы (летальность - 4,3%, ампутация конечности - 1,1%)

Выводы:

1. Способ прогнозирования течения посттравматического периода политравмы опорно-двигательного аппарата успешно использован в практике ле-

чения 129 пациентов и позволил выбрать оптимальную тактику лечения повреждений.

2. При благоприятном прогнозе следует использовать активную хирургическую тактику в раннем посттравматическом периоде (первые сутки после травмы) при отсутствии витальных противопоказаний.

3. Одновременно с оптимальным оперативным и консервативным лечением в течение всего посттравматического периода необходимо широко использовать иммунотерапевтическое лечение, направленное на профилактику и лечение иммунодепрессии пострадавшего, а также на восстановление функций иммунной системы организма.

*Давидян В.С., Мартемьянов В.Ф., Левкина М.В., Чернышов Е.П.,
Надирадзе С.Б.*

ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ДИСТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Под наблюдением находились 29 больных с дистальной формой псориатического артрита (ПсА), из которых 13 (44,8%) мужчин и 16 (55,2%) женщин. Диагноз псориатического артрита верифицировался на основании диагностических критериев Матиеаса, дополненных и переработанных сотрудниками НИИ ревматологии РАМН (В.А. Насонова и др., 1989; Mathies Н., 1974). Средний возраст больных составил $45,2 \pm 2,25$ лет, у мужчин – $42,6 \pm 3,4$ лет, у женщин – $47,4 \pm 3,0$ лет. Средний возраст дебюта псориаза у больных составил $30 \pm 2,2$ года, средняя длительность псориаза – $15,2 \pm 0,98$ лет. Наиболее часто (58,6%) артрит у больных псориазом развивался после 11-15 лет течения псориаза, а в среднем – через $11,2 \pm 0,5$ лет. Длительность артрита у больных всей группы составила $3,76 \pm 0,5$ лет, у некоторых больных (20,7%) – более 6-8 лет. У 6 (20,7%) больных ПсА определялся вульгарный псориаз с ограниченной формой (ВПОФ), у 16 (55,2%) – вульгарный псориаз, распространенная форма (ВПРФ) и у 7 (24,1%) – пустулезно-бляшечный псориаз, распространенная форма (ПБПРФ). I-ая степень активности патологического процесса определялась у 16 (55,2%) больных ПсА, II-я – у 10 (34,5%) и III-я степень – у 3 (10,3%) больных. Истодия поражения суставов установлена у 5 (17,2%), II-я – у 16 (55,2%), III-я – у 5 (17,2%) и IV-я стадия – у 3 (10,3%) больных, ФНС-1 – у 11 (37,9%) и ФНС-2 – у 15 (51,7%), ФНС-0 – у 3 (10,3%). Наиболее часто поражались суставы стоп (89,7%) и кистей (86,2%). В 20-30% случаев наблюдалось и поражение крупных суставов вместе с дистальными. У всех больных в сыворотке крови определялась активность энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пуриноклеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК), как конечного продукта метаболизма пуринов. Контрольные группы были представлены 30 здоровыми лицами, 7 больными ревматоидным артритом (РА) с I-й степенью активности, 11 больными РА с II-й степенью, 12 больными с ВПРФ, 9 больными с ПБРФ без артрита.

При поступлении на лечение у больных с дистальной формой ПсА, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,01$), уровня МК ($p<0,001$) и снижение активности ГФ ($p<0,001$); по сравнению с больными РА с I-й степенью активности процесса, ниже активность ГФ, ПНФ и выше активность ГЗДА (у всех $p<0,001$), а по сравнению со II-й степенью активности РА, выше активность ГЗДА, но ниже активности ГДА, ГФ и ПНФ (у всех $p<0,001$). У больных с системными поражениями, по сравнению с больными ПсА с суставной формой, выше активность ГДА ($p<0,001$), ГЗДА ($p<0,01$), ПНФ ($p<0,001$), уровень МК ($p<0,001$), но ниже активность ГФ ($p<0,001$). У больных с моно-олигоартритом, по сравнению с полиартритом, ниже активность ГДА ($p<0,01$), ПНФ ($p<0,001$), уровень МК ($p<0,01$) и выше активность ГФ ($p<0,001$). У больных с I-й стадией поражения суставов, по сравнению с III-й, выше активность ГФ ($p<0,05$) и ниже уровень МК ($p<0,05$), а по сравнению с IV-й, ниже содержание МК ($p<0,01$) и выше активность ГФ ($p<0,05$). При ФНС-1, по сравнению с ФНС-2, ниже активность ГДА ($p<0,001$), ГЗДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,001$), уровень МК ($p<0,05$), выше активность ГФ ($p<0,01$). У больных ПсА с ВПРФ, по сравнению с больными ВПРФ без артрита, выше активность ГДА, ГЗДА, ПНФ (у всех $p<0,001$), уровень МК ($p<0,05$) и ниже активность ГФ ($p<0,01$). У больных ПсА с ПБРФ, по сравнению с больными ПБРФ без артрита, выше активность ГДА, ГЗДА, ПНФ, МК и ниже активность ГФ (все $p<0,001$). У больных ПсА с ПБРФ, ниже активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,01$), уровень МК ($p<0,01$), выше активность ГФ ($p<0,01$). Таким образом, проведенные исследования выявили повышенную активность ГДА, ГЗДА, ПНФ, снижение активности ГФ и повышение уровня МК при дистальной форме ПсА. Активность энзимов существенно зависит от экстраартикулярных поражений, формы псориаза, стадии поражения суставов и степени ФНС.

*Давидян В.С., Надирадзе С.Б., Мозговая Е.Э., Стажаров М.Ю.,
Григорянц С.Р.*

ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДОПОДОБНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Под наблюдением находились 32 больных с ревматоидоподобной формой псориатического артрита (ПсА), из которых 20 (62,5%) женщин и 12 (37,5%) мужчин. Средний возраст больных $45,5 \pm 2,04$ лет. Дебют болезни (псориаза) – в $31,2 \pm 4,2$ лет. Продолжительность псориаза – $14,6 \pm 4,2$ лет. Наиболее часто (37,5%) артрит развивался через 6–10 лет течения псориаза, а в среднем – через $11,0 \pm 0,69$ лет. Больные с продолжительностью артрита от 1 года до 5 лет составили 75 %. Средняя длительность артрита – $4,22 \pm 0,5$ лет. У 11 (34,4%) больных определялся вульгарный псориаз, у 15 (46,9%) – пустулезно-бляшечная форма и у 6 (18,8%) – экссудативный монетовидно-бляшечный псориаз. Прогрессирующее течение (стадия) псориаза выявлена у 14 (43,87%) больных, стационарное – у 13 (40,6%) и непрерывно-рецидивирующее – у 5 (15,6%) больных. I-ая стадия поражения суставов

отмечалась у 9 (28,1%), II-я – у 15 (46,9%), III-я – у 6 (18,8%) и IV-я стадия – у 2 (6,3%), больных. ФНС-0 выявлена у 4 (12,5%), ФНС-1 – у 12 (37,5%) и ФНС-2 – у 16 (50%) больных. Наиболее часто (62,5%) поражались суставы кистей, коленные – в 56,3% и суставы стоп – в 56,3% случаев. Наиболее часто отмечалось симметричное поражение суставов (81,3%). Экстраартикулярные поражения (помимо кожных) выявлены у 19 (59,4%) больных. В большинстве случаев (62,5%) отмечался параллелизм обострений кожного и суставного синдромов. В сыворотке крови у всех больных, 30 здоровых, 7 больных РА с I-й степенью активности, 11 больных РА с II-й степенью и 29 больных с различными формами псориаза без артрита определялись активности гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) и содержание мочевой кислоты (МК).

При поступлении на лечение у больных ПсА наблюдалось повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,05$), уровня МК ($p < 0,001$), снижение активности ГФ ($p < 0,001$). По окончании курса лечения снизилась активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,05$), повысились активности ГФ ($p < 0,01$) и все энзимные показатели, за исключением ГДА, не отличались от показателей здоровых. У больных с экстраартикулярными поражениями, по сравнению с суставной формой, выше активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), уровень МК ($p < 0,001$), но ниже активность ГФ ($p < 0,001$). Выявлены существенные энзимные различия у больных с различными степенями ФНС и малозначимые между стадиями поражениями суставов. У больных ПсА с вульгарным псориазом, по сравнению с больными без артрита, выше активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$) и ПНФ ($p < 0,05$). У больных ПсА с пустулезно-бляшечным псориазом, по сравнению с той же формой без артрита, выше активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$) и ниже уровень МК ($p < 0,01$). Аналогичные различия выявлены и для экссудативной монетовидно-бляшечной формы псориаза с артритом и без него. У больных ПсА с вульгарным псориазом, по сравнению с больными ПсА с пустулезно-бляшечной формой, ниже активность ГДА ($p < 0,01$), ГЗДА ($p < 0,001$), уровень МК ($p < 0,01$) выше активность ГФ ($p < 0,01$), а по сравнению с ПсА с экссудативной монетовидно-бляшечной формой, эти различия еще более выражены. У больных ПсА с пустулезно-бляшечной формой, по сравнению с ПсА с экссудативно-монетовидно-бляшечным псориазом, ниже активность ГДА ($p < 0,01$) и ПНФ ($p < 0,01$). Ревматоидоподобная форма ПсА имеет сходную клиническую картину с ревматоидным артритом (РА). Нами были выявлены энзимные различия между ними: при РА с I-й степенью активности выше активность ГФ ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$) и ниже активность ГЗДА ($p < 0,001$). У больных РА с II-й степенью эти различия еще более выражены.

Таким образом, проведенные исследования выявили существенные изменения активности энзимов пуринового метаболизма при ревматоидноподобной форме ПсА, зависящие от клинических особенностей артрита и формы псориаза.

Данилова Т. Г., Чаплыгина Л. Н.
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ**

Медицинская академия, Ярославль, Россия

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей, диагностики реактивных артритов (РеА) с оценкой эффективности проводимой фармакотерапии в современных условиях.

Использованы физикальные методы с определением суставного индекса по Ричи, суставного счета, числа воспалённых суставов; рентгенологическое исследование; бактериологический анализ с определением возбудителей с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР); анализ кала на дисбактериоз; определение антител к хламидиям иммуноферментным анализом (ИФА); уровень С-реактивного протеина (СРП) капиллярным методом преципитации. Обследовано 143 больных, среди них – 72 мужчин (50,3%) и 71 (49,7%) женщин. Средний возраст больных РеА составил $34,71 \pm 1,02$ года. Преобладали больные с урогенитальной формой болезни – 105 (73,4%) человек. У 18 (12,6%) из них заболевание протекало по типу уретроокулосиновиального синдрома. Постэнтероколитическая форма РеА зафиксирована у 5 (3,5%) пациентов. После носоглоточной инфекции заболевание возникло в 14 (9,8%) случаях. Чаще всего (в 73,4%) выявлен урогенитальный источник инфекции (хламидии, уреаплазмы, микоплазмы), в 3,5% – энтеральный (гемолитическая *E. Coli*, дрожжеподобные грибки, иерсиния), у 3 (2,1%) человек – дермальный. У 16 (11,2%) пациентов локализацию источника инфекции установить не удалось. Все больные при поступлении в стационар предъявляли жалобы на боли в области поражённых суставов, припухлость, гиперемия, ограничение подвижности. Чаще всего имело место поражение коленных – 68 (47,6%), голеностопных – 56 (39,2%), плюснефаланговых и межфаланговых суставов стоп – 19 (13,3%). Симптом «лестницы» выявлен у 84 (58,7%) больных. Болевой синдром выраженной интенсивности отмечался у 32 (12,6%), умеренной у 93 (65%), слабой у 18 (12,6%) пациентов. Соотношение больных с моно- и олигоарткулярным поражением суставов с одной стороны и полиарткулярным поражением с другой составило 1:3. Ассиметричный полиартрит выявлен в 72,7% случаев. Незначительная скованность суставов выявлена у 24 (16,8%) больных. Симптом ахиллодинии имел место в 49 (34,3%) случаях. 48 (33,6%) больных отмечали боли в области поясничного отдела позвоночника. Клинически значимый сакроилеит отмечался у 75 (52,4%) человек, причём преимущественно двухсторонний – у 39 (52%). У 57 (39,9%) больных было острое течение, у 12 (8,39%) – затяжное, у 74 (51,7%) – хроническое. Средняя длительность заболевания составляла от 1 недели до 20 лет. (в среднем $3,0 \pm 0,3$ лет). У 54 (37,8%) больных РеА активность болезни – минимальная, у 78 (54,6%) – умеренная, у 11 (7,7%) – максимальная. В основном определена функциональная недостаточность суставов II степени – у 98 (68,5%). Рентгенологически преобладали больные с I – II стадиями артрита – 74 (51,7%). Анемия обнаружена у 32 (22,4%) человек, наличие СРП – в 66 (46,2%) случаях. Увеличение СОЭ зафиксировано в 49% случаях. Количество лейкоцитов более $9,0 \times 10^9/\text{л}$ – у 34 (23,8%) пациентов. РФ обнаружен в низких титрах и не чаще, чем среди

популяции в целом. Антитела к хламидиям выявлены у 27 (18,9%) пациентов.

Первой группе (66 больных) проведено лечение антибиотиками (тетрациклин 2 г/сутки, доксициклин 0,6 г/сутки) в сочетании с диклофенаком 150 г/сутки, второй группе (14 больных) – (сумамед 0,5 г/сутки) также в сочетании с диклофенаком в течение 4 недель. Положительный эффект лечения отмечен в 96,3% случаев с уменьшением или исчезновением боли, снижением суставного индекса, суставного счета, нормализацией или снижением СОЭ и лейкоцитов крови.

Таким образом, своевременная диагностика РеА с выявлением инфекционного возбудителя, детальной оценкой физикальных, рентгенологических, лабораторных методов исследования обеспечивает положительный эффект рациональной терапии антибиотиками в сочетании с диклофенаком.

*Дахмаль Мансур Кауд Кауд, Морозова Т.А., Мартемьянов В.Ф.,
Бедина С.А., Белясникова Е.А.*

АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДАЗЫ, КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ, АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ И ИЗОЭНЗИМОВ КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ И АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Современное течение ревматизма в 60-70% случаев характеризуется клинической маломанифестностью, затяжным течением и минимальными проявлениями (клиническими и параклиническими) активности патологического процесса, что существенно затрудняет раннюю диагностику и, соответственно, использование адекватной терапии. Поэтому исследования в направлении поиска информативных диагностических тестов, способствующих раннему выявлению минимальных проявлений активности ревматического процесса весьма актуальны и перспективны. С этой целью у больных ревматизмом с I-й степенью активности патологического процесса нами были проведены исследования активности некоторых энзимов пуринового метаболизма: ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), аденозиндезаминазы (АДА) и изоферментов КДГ и АДА.

Под наблюдением находились 64 больных с возвратным ревматизмом. У всех больных определялись пороки сердца. Контрольную группу составили 32 больных с неактивной фазой. В сыворотке крови здоровых людей (35 человек) активность КО составила 3.63 ± 0.04 мкмоль/л/мин., КДГ – 5.57 ± 0.08 мкмоль/л/мин., АДА – 8.43 ± 0.15 МЕ. Изоэнзимные спектры АДА и КДГ были представлены 2 фракциями: АДА-1 – $84.5 \pm 0.37\%$, АДА-2 – $15.5 \pm 0.37\%$, КДГ-1 – $79.8 \pm 0.32\%$ и КДГ-2 – $20.2 \pm 0.32\%$. У больных в неактивной фазе активность КО составила 3.99 ± 0.06 мкмоль, КДГ – 5.63 ± 0.09 , АДА – 10.3 ± 0.11 МЕ, изоэнзимы АДА-2 – $17.7 \pm 0.26\%$, КДГ-2 – $23.7 \pm 0.14\%$. У больных с I-й степенью активности патологического процесса, по сравнению со здоровыми выявлено повышение активности КО – 5.6 ± 0.09 мкмоль ($P < 0.001$), КДГ – 6.72 ± 0.09 мкмоль, АДА – 12.9 ± 0.22 МЕ ($P < 0.001$), АДА-2 – $22.0 \pm 0.3\%$

($P < 0.001$), КДГ-2 – $26.0 \pm 0.22\%$ ($P < 0.001$), уровня МК ($P < 0.001$). Превышение верхних границ нормы ($M \pm \sigma$) по активности КО отмечалось в 98.4% случаев, КДГ – в 60.9%, АДА – в 93.8%, АДА-2 – в 76.6%, КДГ-2 – в 87.5% случаев. В то же время проведенные в клинике у этих же больных другие иммуно-биохимические исследования показали, что повышение СОЭ выявлено в 26.6% случаев, фибриногена – в 21.9%, ДФА-пробы – в 25.%, гамма-глобулинов – в 45.3%, альфа-2-глобулинов – в 31.3%, ЦИК – в 21.9%, иммуноглобулинов А – в 15.6%, М – в 32.8%, G – в 35.9%, уровня АТ к кардиолипину – в 31.3%, АТ к ДНК – в 29.7%, антикардиальных АТ – в 43.8%, АНФ – в 6.3%, СРБ – в 32.8% случаев. Анализ корреляционных связей между активностями энзимов при I-й степени выявил достоверную положительную связь между КО и АДА ($r = 0.79$) и отрицательную связь между КО и КДГ ($r = -0.68$). Через 10-12 дней лечения у больных с I-й степенью наблюдалось достоверное снижение активности КО, КДГ, АДА, уменьшение изоэнзимов АДА-2 и КДГ-2. По окончании курса лечения отмечалась достоверная положительная динамика всех энзимных показателей и МК, но только соотношение КО/КДГ и содержание МК не имели отличий от здоровых, а остальные показатели превышали уровень здоровых лиц. Сравнительный анализ энзимных показателей больных с неактивной фазой и больных с I-й степенью активности процесса показал, что при I-й степени выше активность КО ($P < 0.001$), КДГ ($P < 0.001$), больше соотношение КО/КДГ ($P < 0.001$), изоэнзимы КДГ-2 ($P < 0.001$) и АДА-2 ($P < 0.001$).

Таким образом, проведенные исследования у больных с I-й степенью активности патологического процесса выявили существенные изменения активности энзимов пуринового метаболизма, высокую информативность энзимных показателей в отражении минимальных проявлений активности ревматического процесса, возможность использования показателей активности энзимов в дифференциации активной и неактивной фаз ревматизма и контроля за эффективностью проводимой терапии.

Дробот Е.В., Полянская И.В.

ОЦЕНКА ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУ- СТАВА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Кубанская государственная медицинская академия, поликлиника №16,
Краснодар, Россия

Заболевания опорно-двигательного аппарата представляют собой в настоящее время достаточно часто встречающуюся патологию, с тенденцией к дальнейшему прогрессированию. В связи с этим, наряду с созданием новых лекарственных препаратов, необходима разработка и новых направлений в лечении, среди которых перспективной является интерферонотерапия. Установлено, что в регуляции пролиферации, дифференцировке и функционировании клеток и тканей опорно-двигательного аппарата активное участие принимают цитокины, к которым и относится интерферон. При этом, синтетическим индуктором интерферона является препарат – «Циклоферон», который способствует выработке альфа-ИФН Т- лимфоци-

тами и соответственно может использоваться при лечении патологии опорно-двигательного аппарата.

Целью настоящего исследования послужило изучение целесообразности включения препарата циклоферон в комплексную терапию деформирующего артроза коленного сустава у амбулаторных больных.

Нами проведен анализ результатов лечения 20 больных в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст $52,6 \pm 3,1$ года) с 1-2 стадией деформирующего артроза коленного сустава, находившихся на амбулаторном лечении. При этом, 11 пациентам, составившим контрольную группу (1 группа) проводилась стандартная консервативная терапия, которая включала прием нестероидных противовоспалительных средств, никотиновой кислоты, пентоксифиллина, нош-пы, а также физиотерапевтические процедуры - электрофорез с иодобромной водой и озокерит на область пораженного сустава. Пациенты 2 группы - 9 человек наряду с вышеизложенной терапией, получали внутримышечные инъекции циклоферона по 2 мл 12,5% раствора 1 раз в сутки на 1,2,4,6,8 дни. Повторные курсы проводили через 1-2 недели (по 2-4 курса на больного). Кроме того, так как все испытуемые имели избыточный вес, им были даны рекомендации по соблюдению диеты. Состояние пациентов до лечения, а также результаты терапии оценивали, основываясь на клинических данных, а также оценке функции коленного сустава по 100 бальной шкале.

В ходе наблюдения установлено, что в 1 группе у 7 человек (64%) полностью купировались боли в покое и увеличилась амплитуда движений. Боли при ходьбе уменьшились только у 4 пациентов (36%) при некотором увеличении дистанции ходьбы. Не удалось добиться существенной положительной динамики у 4 (36 %), при этом следует отметить, что данные пациенты категорически отказывались соблюдать диету с целью снижения массы тела. Во 2 группе интенсивность болевого синдрома снизилась у 7 человек (78%) в покое и в 55% случаев при ходьбе. При этом, у них увеличилась дистанция ходьбы и возросла амплитуда движений. Кроме того, у данной группы пациентов удалось добиться снижения массы тела в среднем на 4 кг. Не отмечено заметного улучшения состояния у 2 (22%) из 9 больных, получавших циклоферон.

Сравнительный анализ полученных результатов лечения показал, что включение в комплексную терапию деформирующего остеоартроза коленного сустава препарата «Циклоферон» способствует уменьшению боли в покое и при ходьбе в 1,2 и 1,5 раз чаще, чем в контрольном исследовании. При этом, увеличивая расстояние, проходимое пациентом и амплитуду движений в суставе. Таким образом, данный препарат представляет собой достаточно эффективное средство лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава, способствуя замедлению прогрессирующего патологического процесса при одновременной стабилизации положительного результата.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА

Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар, Россия

Патологические состояния в организме практически любой локализации проявляют себя в респираторной системе за счет морфо-функциональных особенностей легких. В настоящее время известно, что на фоне ревматических заболеваний первично могут быть поражены все компоненты дыхательной системы. Кроме этого, они могут повреждаться вторично, за счет токсического действия препаратов.

По своим клинико-рентгенологическим проявлениям диссеминированные заболевания легких (ДЗЛ) ревматической этиологии сходны с туберкулезными поражениями легких, что вызывает существенные трудности при проведении дифференциальной диагностики. Так например, на фоне туберкулезной интоксикации у больных туберкулезом может возникать синдром лихорадки, суставной синдром, кожные высыпания. В связи с этим, возникает ряд диагностических ошибок следствием чего является неправильное и иногда не своевременное лечение, причем с использованием достаточно агрессивных методов: глюкокортикоидов и цитостатиков. Что в ряде случаев существенно изменяет картину заболевания еще более усложняя диагностический поиск.

Под нашим наблюдением находилось 8 подростков, страдающих различными ревматическими заболеваниями, сопровождающимися поражением легких. Больные были направлены в отделение детского и подросткового туберкулеза с подозрением на диссеминированный туберкулез легких.

Основными моментами при проведении дифференциальной диагностики ДЗЛ явились: тщательное изучение анамнеза (наследственность, медикаментозная терапия в связи с сопутствующими заболеваниями, контакт с больными туберкулезом, чувствительность к туберкулину в динамике, специфическая профилактика вакциной БЦЖ) оценка клинической симптоматики (оценка последовательности и скорости появления симптомов) результаты рентгенологического и лабораторного исследования, оценка динамики патологических изменений в легких в ответ на медикаментозную терапию.

Общим у всех больных была дыхательная недостаточность и выявление на рентгенограммах картины диффузного поражения легочной ткани с мелко- и средне очаговой диссеминацией. Причем, в 3-х случаях легочный процесс, осложнялся плевральным выпотом. Кроме того, у 5 пациентов наблюдалось кровохарканье, у 4 периодически возникали боли в мелких суставах конечностей. У одного больного методом посева в мокроте обнаружены МБТ. Чувствительность к туберкулину на 2ТЕ ППД- L составила в среднем $9 \pm 1,2$ мм. Проведенное комплексное обследование в 6 случаях позволило исключить туберкулезный процесс в легких.

Таким образом, дифференциальная диагностика ДЗЛ требует полного клинико-рентгенологического и лабораторного обследования больных. С учетом того, что набор основных клинических симптомов ДЗЛ весьма ограничен и неспецифичен. При этом, необходимо акцентировать внимание на наличие внелегочной симптоматики как проявления основного заболевания при ревматических патологии.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ярославская государственная медицинская академия

Цель: оценить показатели липидного профиля крови у больных ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материалы и методы: обследовано 35 больных РЗ, среди которых 20 больных страдали системной красной волчанкой (СКВ) и 15 – системной склеродермией (ССД). Средний возраст больных составил 49,3 ± 5,4 лет, давность заболевания – от 5 до 10 лет. Заболевание чаще имело хроническое течение, активность процесса в основном соответствовала 1 степени. В сыворотке крови больных СКВ и ССД были определены концентрации общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), рассчитан индекс атерогенности. Проводилась ультрасонография общих сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) с использованием системы компьютерной сонографии Acuson 128 XR/10. Группа контроля состояла из 20 здоровых субъектов.

Полученные результаты: анализ состояния липидного обмена показал, что уровень ХС у больных СКВ ($4,79 \pm 1,37$, $p < 0,01$) был выше, чем в контрольной группе ($3,79 \pm 0,87$) и достоверно не отличался от нормы при ССД ($4,43 \pm 1,12$, $p > 0,05$). Концентрация ЛПНП и ТГ в сыворотке крови больных СКВ ($5,39 \pm 1,87$ и $1,89 \pm 1,12$ соответственно) и ССД ($4,69 \pm 1,18$ и $1,81 \pm 0,98$) также была выше по сравнению с контролем ($3,37 \pm 0,69$ и $0,82 \pm 0,29$, $p < 0,01$ во всех группах). Содержание ЛПВП было ниже у больных СКВ: $1,1 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) при $1,34 \pm 0,31$ в группе контроля. Достоверного различия между содержанием ЛПВП у больных ССД и группой контроля не отмечено – $1,2 \pm 0,4$ ($p > 0,05$). Индекс атерогенности также был выше при СКВ ($3,12 \pm 1,2$, $p < 0,01$), чем в группе контроля ($2,27 \pm 0,53$) и достоверно не отличался от такового при ССД ($2,7 \pm 1,3$, $p > 0,05$). Наиболее выраженная дислипидемия наблюдалась у больных с люпус-нефритом. Отмечено утолщение КИМ сонных артерий в обеих группах больных, что коррелировано с индексом атерогенности ($p < 0,05$).

Обсуждение: дислипидемия у больных РЗ характеризовалась повышением ЛПНП и ТГ при СКВ и ССД, повышением ХС и снижением ЛПВП при СКВ. Наиболее выраженные изменения липидного спектра отмечались при люпус-нефрите. Увеличение толщины КИМ сонных артерий можно рассматривать как предиктор более раннего развития атеросклероза у больных ревматического профиля и наличия синдрома ремоделирования сосудистого русла при РЗ.

Выводы: дислипидемия является фактором риска развития атеросклероза у больных СКВ, особенно при наличии люпус-нефрита. Нарушения липидного профиля коррелируют с толщиной КИМ сонных артерий и подтверждают наличие общих звеньев патогенеза аутоиммунных поражений сосудистой стенки и атеросклероза.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Коми республиканский кардиологический диспансер, отделение ревматологии, г.Сыктывкар, Россия

Ревматические заболевания характеризуются широким распространением, нередко поражают людей молодого и среднего возраста и являются частой причиной ранней инвалидизации и даже основным фактором летального исхода. Использование лекарственных препаратов позволяет добиться существенного улучшения лишь у определенной части больных, а присущие практически всем применяемым препаратам побочные действия в значительной мере ограничивают их использование.

Цель: Оценить эффективность методов экстракорпоральной геморекции в лечении больных с СКВ.

Материалы и методы: Для проведения экстракорпоральной гемокоррекции было взято 136 больных СКВ, среди которых 6 мужчин (средний возраст 25 лет) и 130 женщин в возрасте от 16 до 60 лет. Все наблюдаемые больные имели среднюю или тяжелую степень заболевания (у больных с легкой степенью СКВ эфферентные методы лечения не применялись). Все больные предъявляли жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость; имели выраженные изменения лабораторных показателей, характеризующих тяжесть заболевания. У 50 % больных повышалась температура тела. У 20% больных снижение массы тела на 5-10 кг в течение нескольких месяцев. У 65 % больных наблюдались артралгии. 56 % больных имели поражение кожи в виде симптома «бабочки». Клинические признаки полисерозитов выявлены у 28% больных. Поражение почек выявлено у 46 % больных в виде изолированного мочевого синдрома (7 больных), диффузного гломерулонефрита (30 больных), тяжелого нефротического синдрома (22 больных). Нейролюпус выявлен у 36 % больных и характеризовался разнообразной церебральной симптоматикой. Антифосфолипидный синдром выявлен у 15 больных. Основным методом экстракорпоральной гемокоррекции являлся плазмаферез (132 больных), в 2 случаях применялся плазмообмен криосорбированной аутоплазмой, в 2 случаях использовалась методика лимфоцитоза. У 21 больного эфферентные методы терапии сочетались с проведением пульс-терапии метипредом.

Результаты: У всех больных были достигнуты положительные **результаты** лечения: более быстрое и значительное улучшение общего состояния больных, уменьшение выраженности основных клинических синдромов заболевания и лабораторных показателей активности патологического процесса. Наиболее выраженный эффект отмечался у больных, которым проводился плазмаферез в сочетании с пульс-терапией.

Обсуждение: На основании регресса клинических проявлений заболевания, лабораторных показателей было установлено, что применение эфферентных методов лечения в сочетании с традиционной терапией глюкокортикоидными и цитостатиками наиболее эффективно у больных с острым и подострым течением заболевания. **Результаты** комплексного лечения больных с хроническим течением СКВ оказались значительно хуже, в связи с переходом воспалительного процесса в склеротический, поэтому применение

эфферентной терапии существенно не могло улучшить функцию пораженных органов, а лишь способствовало снижению активности воспалительного процесса.

Выводы: Следовательно плазмоферез, лимфоцитферез, плазмообмен являются патогенетически обоснованными и высокоэффективными компонентами комплексного лечения СКВ.

*Заводовский Б.В., Никитина Н.В., Юшкова Г.В., Труштина Н.Б.,
Зборовский А.Б.*

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, КБ №3 ГУ «ЮОМЦ» МЗ РФ

При массовых осмотрах ликвидаторов обращает на себя внимание их частые жалобы на боли в спине, костях рук и ног. По литературным данным указанные жалобы предъявляли от 30 до 60% обследованных ликвидаторов ЧАЭС (ЛЧАЭС), причем чаще аналогичные жалобы были выявлены у ликвидаторов 1986 года (72%). Вероятность воздействия радиации на метаболизм костной ткани послужило предпосылкой для исследования состояния костной ткани у ЛЧАЭС.

Цель исследования: изучение распространенности остеопенического синдрома у ЛЧАЭС и фармакологическая коррекция болевого синдрома в костях.

Материалы и методы: было обследовано 160 мужчин в возрасте от 34 лет до 67 лет. Все обследованные являются участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-89 годах. Минеральная плотность кости определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). Из биохимических маркеров костного метаболизма определялись концентрация остеокальцина в сыворотке крови, cross lars в моче (иммуоферментный метод, OSTEOMETER, Дания), уровень кальция, кислой фосфатазы и щелочной фосфатазы в сыворотке крови и креатинина в моче.

Результаты: Из 160 обследованных лиц у 52 (32,5%) был выявлен ОП и остеопения, у 108 (67,5%) минеральная плотность кости была в пределах нормы. ОП чаще встречался среди лиц с меньшей массой тела. Клинически заболевание сопровождалось развитием переломов, болями в костях, снижением мышечной силы. Боли возникали через несколько лет после работы на ЧАЭС. Они носили постоянный характер, усиливались при незначительной статической нагрузке, длительном пребывании в одном положении.

Для уточнения функциональной активности остеокластов и остеобластов были изучены маркеры костного метаболизма. Концентрация остеокальцина при остеопеническом синдроме была снижена, при нормальной минеральной плотности кости оставалась в пределах нормы. Уровень cross lars в моче был в пределах нормы у всех обследованных. Эти результаты могут говорить о том, что ОП у ЛЧАЭС протекает с низким костным обменом.

Все больные с остеопеническим синдромом были разделены на две группы: I группа, получавшие альфакальцидол в течение 6 месяцев в дозе от 0,5 до 1,0 мкг в сутки (32 человека) и II группа, получавшие препараты кальция в дозе 1000 мг в сутки в виде монотерапии (20 человек). На фоне лечения ОП у ликвидаторов отмечалась положительная динамика: у большей части больных значительно уменьшились боли в костях, возросла мышечная сила, минеральная плотность костной ткани, отмечалась нормализация остеокальцина, что может говорить о стимуляции остеобластов, некоторое снижение уровня cross laps, что может свидетельствовать об антирезорбтивном действии альфакальцидола. Наибольший клинический эффект отмечался у больных принимающих альфакальцидол дозе от 0,75 до 1,0 мкг в сутки. Во II группе, получавшей монотерапию препаратами кальция, происходило прогрессирование ОП: минеральная плотность костной ткани достоверно снижалась, болевой синдром в костях сохранялся, мышечная сила не изменилась, биохимические маркеры костного метаболизма оставались на прежнем уровне.

Таким образом, возможной причиной болевого синдрома в костях у ЛЧАЭС является нарушение костного метаболизма и развитие остеопороза. Альфакальцидол в дозе 0,75-1,0 мкг в сутки является препаратом выбора для лечения остеопенического синдрома у ЛЧАЭС. Монотерапия препаратами кальция не влияет на клинические проявления и не останавливает прогрессирования остеопороза у ЛЧАЭС.

*Зборовская И.А., Варгина В.Н., Новикова О.В., Кулиуш М.А.,
Заводовский Б.В.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, КБ №3 ГУ «ЮОМЦ» МЗ РФ

Системная склеродермия (ССД) относится к ревматическим заболеваниям, для которых характерно развитие вторичного остеопороза. Распространенность ОП при ССД и риск переломов костей остаются до настоящего времени не изученными. Определенную роль в развитии ОП при ССД играют наличие хронического иммуновоспалительного процесса, нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте, ограничение подвижности пациентов. Обследование больных ССД, направленное на выявление в первую очередь тех, кто особенно склонен к снижению костной массы, и усовершенствование методов лечения и профилактики ОП при данном заболевании относятся к наиболее актуальным проблемам ревматологии.

Целью работы являлось исследование распространённости ОП при ССД и эффективности применения альфакальцидола для его лечения.

Нами было обследовано 28 больных ССД (23 женщины и 1 мужчина). Диагноз ССД ставился в соответствии с рабочей классификацией и диагностическими критериями, предложенными Н.Г.Гусевой. Возраст больных составил

от 24 до 68 лет. У больных в динамике определялись следующие показатели: боль в костях и позвоночнике, показатель BUA, характеризующий минеральную плотность костной ткани (МПКТ), концентрация остеокальцина, Crosslaps в моче, кальция в крови и моче. Для исследования эффективности альфакальцидола больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 7 больных ССД с ОП, получающих альфакальцидол (Альфа-Д₃ Тева, Израиль) в дозе 0,5-1,0 мкг в сутки в течение 12 месяцев. Вторую группу составили 2 больных ССД с ОП, которые принимали препараты кальция в дозе 1000 мг в сутки.

В результате исследования у 9 обследованных был диагностирован остеопенический синдром различной степени выраженности, сопровождающийся жалобами на боли в костях и патологическими переломами костей в анамнезе (перелом предплечья- 3 случая, компрессионный перелом позвоночника- 1 случай, другие локализации- 3 случая).

На фоне лечения ОП альфакальцидолом в течение 12 месяцев отмечалось достоверное увеличение МПКТ, нормализация процессов костного ремоделирования. В течение первых 3-х месяцев приема Альфа-Д₃ Тева субъективно больные ощущали уменьшение болей в костях, улучшение подвижности в суставах, повышение мышечной силы.

Таким образом, вторичный ОП при ССД развивается у 32% больных. Полученные нами данные свидетельствуют о клинической эффективности альфакальцидола (Альфа-Д₃ Тева) и позволяют рекомендовать его для лечения вторичного ОП у больных ССД.

*Зборовская И.А., Мякишев М.В., Мозговая Е.Э., Кудряков Р.Ш.,
Ермолаева Н.А.*

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ГУАНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Дискоидная красная волчанка (ДКВ) является весьма своеобразным заболеванием, с которым встречаются как дерматологи, в основном, и ведущие этих больных, так и ревматологи, вынужденные проводить достаточно сложную дифференциальную диагностику между ДКВ и системной красной волчанкой (СКВ). Сходство этих двух заболеваний, особенно в дебюте, когда нет ещё висцеральных поражений, проявляется визуальной однотипностью кожных изменений, гематологических, иммуно-биохимических нарушений. Одни исследователи, вообще, считают ДКВ и СКВ лишь периодами или этапами одного заболевания – СКВ (Тареев Е.М., 1965; Скрипкин Ю.К., 1996), другие – совершенно разными болезнями, но не исключают возможность трансформации ДКВ в СКВ при наличии у больного ДКВ в генотипе HLA-B8 (Иванова М.М., 1994). Окончательное и однозначное решение этой проблемы имеет важное значение для современной медицины. Учитывая, что многие исследователи признают существенную роль иммунологических нарушений в патогенезе ДКВ и СКВ (Главинская и др., 1987; Бутов Ю., 1998; Boehm et al., 2002), нами были проведены у

больных ДКВ исследования активности энзимов пуринового метаболизма, существенно влияющих на рост и созревание лимфоцитов, а, следовательно, и на иммунорегуляторные процессы.

Под наблюдением находились 24 больных ДКВ, из которых 9 мужчин и 15 женщин. Средний возраст больных – $39,4 \pm 2,24$ лет. Как правило, в одном и том же очаге присутствовали явления эритемы, инфильтрации, гиперкератоза и атрофии, а преобладание одного из них зависели от остроты процесса, его давности. Отличительной чертой остроты процесса является наличие эритемы с валиком по периферии очага. Исходя из соотношений этих проявлений в очаге, выделяют мягкую, или минимальную, умеренную и высокую активность патологического процесса (Лосева В.А. и др., 2001). Из 24 больных ДКВ минимальная активность определялась у 9 и умеренная степень активности у 15 больных. Контрольные группы составили 30 здоровых лиц, 12 больных СКВ с I степенью активности и 14 больных СКВ с II степенью активности процесса. В сыворотке крови всех больных определяли активность гуанинфосфорилазы (ГДА), гуанозинфосфорилазы (ГЗДА), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК).

У больных ДКВ с минимальной активностью процесса, по сравнению со здоровыми, не выявлено существенных энзимных различий, а по сравнению с больными СКВ с I степенью активности процесса, значительно ниже активность ГДА, ГЗДА, ПНФ и выше активность ГФ (все $p < 0,001$) и ниже уровень МК ($p < 0,05$).

У больных ДКВ с умеренной активностью процесса, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p < 0,05$), ПНФ ($p < 0,05$), ниже активность ГФ ($p < 0,001$); по сравнению с больными СКВ с I степенью, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$) и выше активность ГФ ($p < 0,001$); а по сравнению с больными СКВ с II степенью, выявлены те же энзимные различия, но еще более выраженные. У больных ДКВ с умеренной активностью процесса, по сравнению с больными ДКВ с минимальной активностью процесса, выше активность ГДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,05$), но ниже активность ГЗДА ($p < 0,05$) и ГФ ($p < 0,01$).

Таким образом, проведенные энзимные исследования выявили наличие существенных энзимных различий между больными ДКВ и СКВ, которые носили, в основном, количественный характер, и только активность ГЗДА при этих двух заболеваниях менялась в различных направлениях: при ДКВ она снижалась, при СКВ – повышалась. Кроме того, определение активности энзимов пуринового метаболизма может способствовать уточнению остроты или активности патологического процесса в очагах кожного поражения.

*Зборовская И.А., Фофонова Н.А., Дахмаль Мансур Каид Каид,
Белясникова Е.А., Григорьянц С.Р.*

АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДАЗЫ, КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ И АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С НЕАКТИВНОЙ ФАЗОЙ РЕВМАТИЗМА

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Неактивная фаза ревматизма – это своеобразный период в эволюции заболевания, при котором, как предполагают, активный патологический процесс полностью ликвидируется. Не все ревматологи с такой трактовкой согласны и имеется достаточно фактов и контрфактов по этой проблеме. Некоторые предлагают использовать вместо термина "неактивная фаза" межприступный период или период клинической ремиссии, так как считают, что в этот период болезни отсутствуют лишь клинические проявления, а сам патологический процесс не ликвидируется, а лишь приостанавливается или течет на низком уровне и медленными темпами (Йоффе, 1962; Юренев, 1964; Кац, 2002, 2003). Тем не менее, в современной классификации ревматизма неактивная фаза присутствует, и мы в своей работе ориентировались на нее.

В то же время эта фаза достаточно интересна, так как с помощью тонких иммуно-биохимических и гистологических методов исследований удается часто выявить ряд изменений иммуно-биохимического статуса, свидетельствующих о латентном течении воспалительных и дистрофических процессов на клеточном и молекулярном уровне (Дзяк и др., 1982; Зборовский и др., 1985; Сперанский, 1996). Поэтому мы считаем продолжение исследований у больных в неактивной фазе ревматизма довольно перспективным направлением.

Под нашим наблюдением в условиях стационара находились 32 больных с неактивной фазой ревматизма, у которых имелись различные пороки сердца. У 26 больных имелась Н-2А стадия недостаточности кровообращения, у 6 – Н-2Б стадия. У всех больных в сыворотке крови определялась активность ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), аденозиндезаминазы (АДА) и содержание мочевой кислоты (МК). Активность КО в сыворотке крови составила 3.63 ± 0.04 мкмоль/л/мин., КДГ – 5.57 ± 0.08 мкмоль/л/мин., АДА – 8.43 ± 0.15 МЕ., содержание МК – 0.297 ± 0.01 ммоль/л.

У больных в неактивной фазе ревматизма при поступлении на лечение выявлено повышение активности КО ($P < 0.001$), АДА ($P < 0.001$), уровня МК ($P < 0.001$) и увеличение соотношения КО/КДГ ($P < 0.05$). Если же исходить из числа случаев, имеющих отклонение от границ условной нормы ($M \pm 2\sigma$) для здоровых лиц, то у больных в неактивной фазе превышение верхних границ активности КО отмечалось в 31.3% случаев, КДГ – в 3.1%, АДА – в 50.0%, уровня МК – в 18.8% случаев. В то же время у этих же больных повышение СОЭ, фибриногена, ДФА-пробы, гамма-глобулинов, альфа-2-глобулинов, уровня ЦИК, иммуноглобулинов G, антител (АТ) к кардиолипину, АТ к ДНК, антикардиальных АТ выявлено в 15.6%, 9.4%, 0%, 9.4%, 6.3%, 6.3%, 3.1%, 18.8%, 12.5%, 15.6% случаев, соответственно.

В процессе лечения все энзимные показатели претерпели достоверную положительную динамику и не имели отличий от здоровых лиц. При сравне-

нии изученных энзимных показателей и МК у больных в неактивной фазе с различными стадиями недостаточности кровообращения оказалось, что при Н-2А стадии, по сравнению с Н-2Б, ниже активность КО ($P<0.05$), АДА ($P<0.01$), меньше соотношение КО/КДГ ($P<0.01$) и выше активность КДГ ($P<0.05$).

Таким образом, проведенные исследования выявили достаточно существенные изменения активности энзимов пуринового метаболизма у больных в неактивной фазе ревматизма, что свидетельствует о наличии в организме больных каких-то процессов (воспалительных, дистрофических?), не свойственных здоровым. В то же время прослеживается четкая зависимость активности энзимов от выраженности недостаточности кровообращения: чем она выше, тем больше активность КО, АДА и ниже активность КДГ.

*Зборовский А.Б., Кудряков Р.Ш., Родин А.Ю., Мартеньянов В.Ф.,
Хортиева С.С.*

ОСОБЕННОСТИ ЭНЗИМНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННЫМИ И СИСТЕМНЫМИ ФОРМАМИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СКЛЕРОДЕРМИИ

Волгоградский государственный медицинский университет

Четкая дифференциация ограниченных и системных форм красной волчанки (КВ) и склеродермии (СД), особенно на ранних этапах заболевания, значительно затруднена вследствие сходности их некоторых клинических проявлений патогенетических механизмов. Но на современном этапе отсутствуют надежные, удобные и информативные тесты, способствующие раннему распознаванию этих форм, и иногда требуется достаточно много времени для окончательного диагноза, что негативно отражается на исходе заболеваний. До настоящего времени не решен вопрос о возможности перехода ограниченной КВ (ОКВ) в системную КВ (СКВ) и ограниченной СД (ОСД) в системную СД (ССД). Поэтому проблема ранней диагностики СКВ и ССВ и трансформации ограниченных форм в системные весьма актуальна как в дерматологии, так и в ревматологии. Любые исследования (генетические, гистоморфологические, биохимические, иммунологические), направленные на выяснение различий или тождества ограниченных и системных форм КВ и СД, представляются нам перспективными и актуальными для практической медицины.

В патогенезе как КВ, так и СД определенное участие принимают иммунологические механизмы, а учитывая, что на созревание и дифференцировку иммунокомпетентных клеток существенно влияют пуриновые метаболиты (Дмитренко Н., 1984; Филановская Л., и др., 1985), представлялось интересным изучение активности энзимов, регулирующих их содержание.

В нашей работе в сыворотке крови 53 больных ОКВ, 50 ОСД, 12 ССД с I и 14 II степенью активности патологического процесса были изучены активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пуриннуклеозидфосфорилазф (ПНФ) и гуанозинфосфорилазы (ГФ).

Сравнительные исследования показали, что у больных с ОКВ, по сравнению с больными СКВ 1- степенью активности патологического процесса, ниже активность ГДА, ПНФ, ГЗДА (у всех $p < 0,001$) и выше активность ГФ ($p < 0,001$); по сравнению с больными СКВ с II-степенью, еще ниже были активности ГДА, ГЗДА, ПНФ (у всех $p < 0,001$) и выше активность ГФ ($p < 0,001$).

У больных ОСД, по сравнению с больными ССД с 1-степенью активности патологического процесса, ниже активность ГДА, ГЗДА ($p < 0,001$) и выше активность ГФ ($p < 0,001$), а по сравнению с больными ССД с II степенью, ниже активность всех энзимов (все $p < 0,001$).

Таким образом, сравнительные исследования показали, что у больных ССД и СКВ выявлены такие же изменения активности энзимов, как и при ограниченных формах КВ и ССД, только более количественно выраженные, но у больных СКВ активность ГФ менялась в сторону уменьшения от уровня нормы, а у больных ОКВ – в сторону увеличения.

У больных с ОКВ, по сравнению с больными ОСД, выше активность ГДА ($p < 0,001$), но ниже активность ГЗДА ($p < 0,001$) и ГФ ($p < 0,001$). То-есть, между ОКВ и ОСД имеются более разнонаправленные энзимные различия, чем между ограниченными и системными формами КВ и СД, и по данным исследований активности энзимов пуринового метаболизма создается впечатление о некотором единстве патологических биохимических механизмов при ограниченных и системных формах КВ и СД.

Зборовский А.Б., Мартеньянов В.Ф., Мозговая Е.Э., Бедина С.А.,

Аль Агбари Халед.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНЗИМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ФОНЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

В клинической практике хорошо известно о сложностях в распознавании активного ревматического процесса на фоне недостаточности кровообращения. Это связано с тем, что недостаточность кровообращения, особенно выраженная, как бы маскирует клинические и лабораторные признаки активности процесса и при явном активном ревматизме могут быть нормальными СОЭ, лейкоцитарная формула крови, общепринятые острофазовые иммуно-биохимические показатели крови. И нередко бывает, что при достаточно эффективной терапии, направленной на ликвидацию проявлений сердечной декомпенсации, наблюдается ускорение СОЭ и патологические изменения иммуно-биохимических показателей, что ставит иногда в тупик неопытных врачей. Поэтому проблема выявления активности процесса у больных ревматизмом на фоне сердечно-сосудистой недостаточности является актуальной, сложной и требует большой клинический опыт чтобы четко дифференцировать признаки прогрессирования недостаточности кровообращения и проявления активности ревматического процесса (В.И. Маколкин, 1986; В.Н. Анохин, 1993). В **цель** нашей работы входило изучение возмож-

ности использования показателей активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) в диагностике активности ревматического процесса у больных с различной выраженностью недостаточности кровообращения. Под наблюдением находились 114 больных ревматизмом: 37 больных в неактивной фазе, 67 – с I-й степенью и 10 – с II-й степенью активности патологического процесса. Среди больных в неактивной фазе было 5 больных с Н-I стадией, 26 – с Н-2А и 6 больных с Н-2Б стадией. У больных с I-й степенью активности было 13 с Н-1 стадией, 32 – с Н-2А и 22 – с Н-2Б стадией, с II-й степенью активности – 5 больных с Н-2А и 5 – с Н-2Б стадией. Ранее мы показали, что у больных в неактивной фазе ревматизма имеются достоверные энзимные различия между больными с различными стадиями недостаточности кровообращения, что свидетельствует о факте существенного влияния недостаточности кровообращения на энзимные показатели крови. Для того, чтобы выяснить что же в большей степени влияет на активность энзимов фактор недостаточности кровообращения или степень активности ревматического процесса, нами были проведены сравнительные исследования энзимных показателей при одной стадии недостаточности кровообращения, но различной активностью патологического процесса. Исследования показали, что у больных с неактивной фазой и Н-I стадией, по сравнению с такой же стадией и I-й степенью активности процесса, существенно ниже активность ГДА ($P<0.001$), ПНФ ($P<0.001$), ГФ ($P<0.001$), но выше активность ГЗДА ($P<0.001$). У больных с неактивной фазой и Н-2А стадией, по сравнению с больными с I степенью активности процесса и Н-2А стадией, также ниже активность ГДА ($P<0.001$), ПНФ ($P<0.001$), ГФ ($P<0.001$) и выше активность ГЗДА ($P<0.001$), а по сравнению с Н-2А стадией при II-й степени активности процесса, наблюдается аналогичная ситуация, только с более выраженными энзимными различиями. У больных с Н-2Б стадией и с I-й степенью активности процесса, по сравнению с той же стадией у больных с неактивной фазой, выше активность ГДА ($P<0.001$), ПНФ ($P<0.001$), ГФ ($P<0.001$) и ниже активность ГЗДА ($P<0.001$), а по сравнению с Н-2Б стадией и II-й степенью активности процесса, ниже активность ГДА ($P<0.01$), ПНФ ($P<0.001$) и ГФ ($P<0.001$). То есть, полученные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на значительное влияние на энзимные показатели фактора недостаточности кровообращения, воздействие активности патологического процесса еще более выраженное, и в большинстве случаев наличие сердечной декомпенсации не препятствует выявлению активности ревматического процесса и дифференциации активной и неактивной фаз ревматизма.

*Зборовский А.Б., Сычева А.В., Никитина Н.В., Юшкова Г.В.,
Кулиш М.А., Заводовский Б.В.*

ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ КАК ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, КБ №3 ГУ «ЮОМЦ»
МЗ РФ, ГУЗ МСЧ № 40

Одним из отдаленных медицинских последствий работы на ЧАЭС является развитие остеопороза (ОП). Мониторинг состояния здоровья людей, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС показывает ухудшение соматического здоровья с высокой степенью инвалидизации. Среди ликвидаторов ЧАЭС (ЛЧАЭС) по литературным данным имеется достоверный рост заболеваемости по болезням нервной системы, особое место среди которых занимают заболевания с судорожным синдромом, так как это требует назначения противосудорожной терапии на длительный срок. Хроническое применение таких препаратов, как фенobarбитал вызывает изменение минерального, костного метаболизма и обмена витамина Д, это способствует развитию ОП и увеличивает частоту переломов.

Цель исследования: изучение влияния приема противосудорожных препаратов у ЛЧАЭС на развитие ОП.

Материалы и методы: было обследовано 160 мужчин в возрасте от 34 лет до 67 лет. Все обследованные являются участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-89 годах. Минеральная плотность кости определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). Из биохимических маркеров костного метаболизма определялись концентрация остеокальцина в сыворотке крови, cross laps в моче (иммуноферментный метод, OSTEOMETER, Дания), уровень кальция, кислой фосфатазы и щелочной фосфатазы в сыворотке крови и креатинина в моче. Все обследованные были разделены на 2 группы: I группа составила 13 человек, которые принимали противосудорожные препараты (фенobarбитал 500 мг в сутки) и II группа - 147 человек, не принимавших противосудорожных препаратов.

Результаты: Из 160 обследованных лиц у 52 (32,5%) был выявлен ОП и остеопения, у 108 (67,5%) минеральная плотность кости была в пределах нормы. В I группе ОП был выявлен у 8 человек (61,5%), во II группе - у 5 человек (3,4%), то есть ОП в 18 раз выявлялся чаще в I группе обследованных. Клинически заболевание сопровождалось развитием переломов, болями в костях, снижением мышечной силы. Переломы трубчатых костей (переломы лучевой кости в типичном месте) в I группе были диагностированы у всех больных с ОП что составило 61,5%, во II группе - 12,3% (у 18 обследованных). В I группе был более выражен болевой синдром в костях и чаще встречались переломы трубчатых костей, чем во II группе.

Для уточнения функциональной активности остеокластов и остеобластов были изучены маркеры костного метаболизма. Концентрация остеокальцина при остеопеническом синдроме была снижена, при нормальной минеральной плотности кости оставалась в пределах нормы. Уровень cross laps в моче был

в пределах нормы у всех обследованных. Эти результаты могут говорить о том, что ОП у ЛЧАЭС протекает с низким костным обменом.

Таким образом, возможной причиной развития ОП у части ЛЧАЭС может являться прием противосудорожных препаратов, таких как фенobarбитал в дозе 500 мг в сутки.

Иванова Ю.И., Чижов П.А., Прибытков Ю.Н.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель работы: изучить частоту встречаемости и выраженность остеопенических и остеопоротических изменений позвоночника у мужчин, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и ИБС, и зависимость развития остеопороза (ОП) от особенностей течения сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы: обследован 101 мужчина с АГ и ИБС в возрасте от 50 до 78 лет (средний возраст $60,6 \pm 0,85$ лет) и 37 человек контрольной группы (без АГ и ИБС) в возрасте от 50 до 66 лет (средний возраст $58,6 \pm 0,74$ лет) $p > 0,05$. У всех больных проводилось специальное анкетирование, клиническое обследование, рентгенодиагностическое и рентгеноморфометрическое исследование позвоночника, эхокардиоскопия (ЭХО-КС), определение содержания в крови продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – диеновых (ДК) и триеновых (ТК) конъюгат, и свободного (СОП) и белково-связанного (БСОП) оксипролина.

Результаты: проведенное исследование показало, что частота встречаемости традиционных факторов риска ОП практически не имела отличий в основной и контрольной группах. Среди мужчин, страдающих АГ и ИБС, по данным рентгенодиагностического метода ОП встречается в 34,65 % случаев (у 35 больных), что в 3,2 раза больше, чем в контрольной группе – 10,81% (4 из 37 обследованных пациентов), $p < 0,05$, и в 1,9 раз больше, чем в популяционной выборке жителей г. Ярославля – 18,3% у мужчин старше 50 лет, $p < 0,05$. Среднее значение показателя рентгенодиагностических проявлений остеопении и ОП в основной группе составляет $5,51 \pm 0,19$ балла, а в контрольной группе – $4,24 \pm 0,25$ балла ($p < 0,05$). Анализ распространенности и выраженности ОП в разные возрастные периоды показал, что наибольшие различия наблюдаются в наиболее молодых возрастных группах. По результатам рентгеновской морфометрии проявления деформаций позвонков, свойственных ОП, со снижением одного из исследуемых индексов на 3-4 SD от нормы в основной группе встречаются в $52,5 \pm 5,0\%$ случаев, а в контрольной группе только у $18,9 \pm 6,4\%$ пациентов ($p < 0,05$). Снижение индекса на 4SD и более считается признаком самых выраженных деформационных изменений, возникающих вследствие перелома тела позвонка. Переломы позвонков в основной группе диагностированы у $12,9 \pm 3,3\%$ больных, а в контрольной группе у $2,7 \pm 2,7\%$ обследованных ($p < 0,05$). Достоверно чаще у больных АГ и ИБС встречаются и начальные морфометрические признаки ОП, по сравнению с пациентами контрольной группы. Необходимо отметить увеличение

распространенности и выраженности ОП при утяжелении клинических проявлений АГ и ИБС, в частности, при утяжелении функционального класса хронической сердечной недостаточности, стенокардии напряжения, увеличении степени АГ, у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе. Установлена положительная корреляция между степенью тяжести ОП и длительностью кардиологического анамнеза. Изучение параметров ЭХО-КС в основной группе показало, что у пациентов с ОП больше, чем у пациентов без ОП, размер левого предсердия, величины конечного систолического объема, индекс массы миокарда левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, и меньше величины ударного объема и фракции выброса. При исследовании биохимических показателей установлено, что многие из изученных параметров у больных основной и контрольной групп имели достоверные различия. Так, у больных АГ и ИБС в крови выше, чем у пациентов контрольной группы, уровни, ДК и ТК, СОП и БСОП.

Заключение: наличие у мужчин АГ и ИБС существенно увеличивает распространенность и выраженность ОП. Тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний, длительность кардиологического анамнеза необходимо учитывать при решении вопроса о включении мужчин в группу риска развития ОП. При ОП у мужчин, страдающих АГ и ИБС, происходит активация ПОЛ и повышаются в крови уровни СОП и БСОП, что можно использовать в качестве дополнительных лабораторных тестов для диагностики ОП у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Иванюк М.В., Данилова Т.Г., Цыганова Л.А.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Медицинская академия, Областная клиническая больница, Ярославль

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-иммунологических особенностей раннего ревматоидного артрита (РА) с оценкой эффективности проводимой фармакотерапии.

Обследовано 36 больных, среди них 31 женщина и 5 мужчин с ранним (до 1 года) РА в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст - 44,3 года). Определялись: суставной индекс по Ричи, суставной счет, число воспаленных суставов; использовались данные рентгенологического исследования, определение уровня С-реактивного протеина (СРП) методом капиллярной преципитации, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля ПЭГ-тест ОП 280, иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG, методом одномерной радиальной иммунодиффузии в агаровом геле.

Длительность заболевания составляла от трех недель до 11 месяцев (в среднем - 5,5 месяцев). Наиболее часто заболевание возникало в весенне-осенний периоды - 72,2%. В большинстве случаев заболевание начиналось с поражения мелких суставов кистей и стоп 46, 6%, коленных суставов - 20,9%. Лучезапястные и голеностопные суставы поражались в 11,6%. Утренняя скованность выявлялась у 31 больного (86,1%). Полиартрит имел

место в 100% случаев, при этом преобладала I – II степени активности болезни (69,3%). Рентгенологически I – II стадии зафиксированы в соотношении 1:1 у больных РА. Серопозитивный вариант заболевания определен у 54% пациентов. У 6 человек (17%) имелись системные проявления РА в виде лимфоаденопатии (66,7%), а также гепатомегалии (16,6%), ревматоидных узелков (16,6%).

При объективном исследовании суставной счет составил от 4 до 17 баллов (в среднем 7 баллов). Чаще всего отмечалось поражение мелких суставов кистей - 35,5%, лучезапястных - 20%, коленных и голеностопных - 18,1%, мелких суставов стоп - 6,6%. Артрит суставов кистей имел место у 33 человек (91,6%), из них симметричный в 69,6%. Анемия выявлена у 42% пациентов, лейкоцитоз – у 36,1%, увеличение СОЭ выше 15 мм.рт.ст.- у 77,7%. Определялось повышение ЦИК у 44% больных РА, увеличение IgA – у 20%, IgM – у 23,8%, IgG – у 4,8%.

Первой группе (16 пациентов) – проведено лечение диклофенаком 150 мг/сут, второй группе (11 человек) - диклофенаком в той же дозе в сочетании с далагиллом 250 мг/сут, третьей (6 человек) – диклофенаком в сочетании с преднизолоном (10-20 мг/сут), четвертой (4 человека) – диклофенаком в сочетании с метотрексатом (7,5 мг/нед). Наиболее выраженная достоверно положительная динамика имела место в 94,5% случаев, которая характеризовалась уменьшением или исчезновением боли, снижением суставного индекса и суставного счета, нормализацией или снижением СОЭ, лейкоцитоза, СРП, ЦИК иммуноглобулинов. Эффективность терапии у больных третьей и четвертой групп достоверно превышало таковую у больных второй и первой групп.

Таким образом, исследование показало, что РА возникает чаще всего в весенне-осенний период, заболевание начинается преимущественно с воспаления мелких суставов кистей и стоп. В наблюдаемой группе больных в равной мере отмечались I и II рентгенологические стадии заболевания. Чаще всего имели место такие критерии РА как артрит суставов кистей, утренняя скованность, положительный тест бокового сжатия, которые позволили диагностировать ранний РА. Уже на ранних стадиях заболевания отмечены различные варианты дисфункции гуморального иммунитета. Выявлена достоверно высокая клиническая эффективность терапии метотрексатом и преднизолоном в сочетании с диклофенаком в том и другом случаях.

Ильин М.В., Чмырь В.В., Хрусталеv О.А., Романов В.А.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩИХ НАЧАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия.

Патологические изменения сердца при системной красной волчанке сложны и диагностируются реже, чем встречаются на самом деле. Клиническая картина поражения сердца с симптомами сердечной недостаточности наблюдается на поздних стадиях заболевания, когда лечебные мероприятия малоэффективны и существенно не влияют на прогноз. Имеются

данные о функциональной несостоятельности нейтрофилов при этой патологии, и одновременно рассматривается возможность существенного вклада окислительного стресса в развитие системного воспаления.

Цель настоящего исследования - изучение биоцидности нейтрофильных гранулоцитов у больных системной красной волчанкой, сопровождающейся развитием сердечной недостаточности.

Материал и методы. Обследовано 16 больных женского пола, в возрасте $40,3 \pm 15,2$ лет, страдающих системной красной волчанкой, с наличием проявлений хронической сердечной недостаточности I функционального класса (NYHA). В исследование не включались пациенты, имеющие сопутствующую патологию, способную вызвать возникновение недостаточности кровообращения. Группу контроля составили 10 относительно здоровых добровольцев, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Диагноз системной красной волчанки ставился на основании соответствующих критериев, проводилось стандартное клиническое обследование. Для выявления признаков хронической сердечной недостаточности использовали тест с 6-минутной ходьбой и шкалу оценки клинического состояния больных сердечной недостаточностью. Всем пациентам выполнялась эхокардиоскопия. Функциональную активность нейтрофилов изучали с использованием люминолзависимой хемилюминесценции плазмы крови, спонтанной и активированной.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у больных системной красной волчанкой с начальными стадиями сердечной недостаточности по сравнению с контрольной группой наблюдается существенное увеличение спонтанной хемилюминесценции плазмы крови ($5,4 \pm 4,1$ и $1,1 \pm 0,37$; $p < 0,05$), что свидетельствует о гиперпродукции нейтрофилами активных форм кислорода – гидроксильного радикала и гипохлорной кислоты. Напротив, отмечено снижение показателей активированной хемилюминесценции нейтрофилов ($4,1 \pm 0,7$ и $8,4 \pm 5,1$; $p = 0,02$), что отражает их низкий прооксидантный потенциал. По данным коэффициента активации хемилюминесценции, нейтрофильные гранулоциты больных системной красной волчанкой, осложненной сердечной недостаточностью, обладают низким функциональным резервом. По-видимому, это связано с тем, что активные метаболиты кислорода расходуются в процессе дыхательного взрыва. Известно, что развитие хронической сердечной недостаточности сопровождается повышенной функциональной активностью нейтрофилов. В связи с этим возникает вопрос о происхождении недостаточности кровообращения у больных, страдающих системной красной волчанкой, которая может быть следствием длительной гиперактивации нейтрофилов с последующим поражением миокарда и снижением его сократительной способности. Возможно, эти процессы протекают параллельно, независимо друг от друга, либо суммируют свои эффекты, приводя к возникновению порочного круга и поддерживая системное воспаление.

Выводы. Таким образом, раннее развитие хронической сердечной недостаточности у больных системной красной волчанкой, вероятно, ассоциировано с повышением функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов и связано с повреждающим действием активных форм кислорода на миокард.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ

Волгоградский гарнизонный военный госпиталь

В практике врача-оториноларинголога часто встречается сочетанная патология ЛОР-органов, требующая применения хирургических методов лечения. Это связано с тем, что одна из основных причин возникновения острых и развития хронических заболеваний и патологических состояний полости носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и уха- анатомическая, обусловленная искривлением, шипами и гребнями носовой перегородки, синехиями, увеличением передних решетчатых клеток, гипертрофией носовых раковин, аденоидными вегетациями и другими причинами.

В последнее время отмечается значительный рост хронических заболеваний ЛОР- органов, сопровождающиеся нарушениями их основных функций среди всех возрастных групп населения.

Учитывая то, что в этиологии хронических синуситов и тонзиллитов основное место занимают различные штаммы кокковой микрофлоры (в том числе и бета- гемолитический стрептококк группы А), данные заболевания патогенетически и патофизиологически тесно связаны с целым рядом соматических недугов. Это прежде всего коллагеновые болезни (ревматизм, системная красная волчанка, склеродермия), гломерулонефрит, миокардиодистрофия, инфекционно- аллергический миокардит. Изучение этого процесса может иметь большое теоретическое и практическое значение не только для оториноларингологов, но и для врачей других специальностей (терапевтов, педиатров, окулистов, невропатологов). При этом практические врачи не всегда учитывают патологию внутриносовых структур как этиологический и поддерживающий фактор многих ЛОР- заболеваний и не проводят своевременную санацию, ограничиваясь в большинстве случаев консервативным лечением.

В ЛОР- отделении Волгоградского гарнизонного военного госпиталя накоплен определённый опыт в хирургическом лечении больных, страдающих хронической сочетанной патологией ЛОР- органов. Так, за 2000-2003гг. нами выполнены симультанные (одномоментные) операции у 294 пациентов, из которых сочетание деформации перегородки носа с хроническим синуситом наблюдалось в 144 случаях (выполнены подслизистая резекция перегородки носа с полипозтмоидотомией у 67 пациентов, с гайморотомией- у 59 пациентов, с гайморотомией и полипозтмоидотомией- у 16 пациентов, с гайморифронтотомией- у 2 пациентов), хронического декомпенсированного тонзиллита с аденоидными вегетациями- в 46 случаях, деформации перегородки носа с аденоидными вегетациями- в 43 случаях, хронического полисинусита- в 42 случаях (выполнены двусторонняя полипозтмоидотомия- у 21 пациента, гайморозтмоидотомия- у 16 пациентов, двусторонняя гайморотомия- у 5 пациентов), деформации перегородки носа с хроническим декомпенсированным тонзиллитом- в 19 случаях.

Первым этапом при хирургических вмешательствах мы выполняем операции по коррекции деформаций носовой перегородки и внутриносовых структур с целью нормализации функции носового дыхания и облегчения доступа

к околоносовым пазухам и другим анатомическим образованиям. Вопрос о первоочередности коррекции носовых структур, в том числе и об операции на перегородке носа, при синуситах мы рассматриваем с позиций не только дозволенности подобной очередности хирургического вмешательства, но и необходимости создания условий более быстрой санации околоносовых пазух, технической возможности выполнения нужных вмешательств одномоментно. В этих случаях иногда уже одна реконструкция внутриносовых структур приводит к излечению синусита.

Эти же принципы мы применяем и при выполнении подслизистой резекции перегородки носа в сочетании с аденотомией или тонзиллэктомией, что вытекает из следующих соображений: во- первых, аденотомия и тонзиллэктомия- более болезненные и неприятные для пациентов как физически, так и психологически хирургические вмешательства; во- вторых, после них возможно развитие кровотечения, затрудняющее дальнейшие манипуляции при выполнении операции на перегородке носа (особенно это выражено в более старшем возрасте).

При аденотонзиллэктомии первым этапом симультанной операции мы выполняем аденотомию, как менее травматичную для пациента и более легкую технически для хирурга, а вторым этапом- тонзиллэктомию. Кроме этого, при аденотомии чаще всего меньше выражена интраоперационная кровопотеря, а также легче осуществим доступ в носоглотку через нетравмированные ткани ротоглотки. Если бы первым этапом при аденотонзиллэктомии выступала тонзиллэктомия, то хирургу неминуемо пришлось бы манипулировать в ротоглотке с реактивно воспаленными, инфильтрированными анестетиками тканями, при наличии раневых поверхностей в области небных ниш, что создавало бы дополнительные неприятные ощущения от хирургического вмешательства для пациента и технические трудности для оториноларинголога.

Когда симультанные операции мы выполняем на околоносовых пазухах (полисинуситомия), то на первом этапе хирургическому вмешательству подвергаем тот синус, в котором более выражены патологические проявления или операция больше по объему, травматичности и трудоемкости. Это связано еще и с тем, что в зависимости от тяжести состояния пациента на первом этапе хирургическое вмешательство может быть закончено, а второй этап перенесен на более отдаленный период.

Исследуя качество жизни больных (опросник ВОЗКЖ-100), мы выявили преимущества одномоментных хирургических вмешательств. Симультанные операции не переносятся пациентами тяжелее, чем одиночное хирургическое вмешательство, а послеоперационный период практически не увеличивается или увеличивается незначительно.

При применении данной методики хирургического вмешательства мы не отмечаем каких-либо осложнений, достигали хороший функциональный и saniрующий результат. Более того, выполнение симультанных операций на ЛОР- органах щадит психику пациента, уменьшает количество хирургических вмешательств, способствует активному лечению диспансерной группы пациентов, сокращает продолжительность их пребывания в стационаре, существенно снижает материальные затраты по сравнению с двухэтапным лечением. Это позволяет рекомендовать данную методику для более широкого использования в лечебных учреждениях.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА

Волгоградский гарнизонный военный госпиталь

В последнее время среди всех возрастных групп населения отмечается значительный рост хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух, сопровождающиеся нарушениями их основных функций. Хроническое воспаление околоносовых пазух, которое встречается примерно у 10% населения, является следствием затяжного течения или часто повторяющихся острых воспалений, особенно при имеющихся неблагоприятных условиях для оттока накапливающегося в них патологического секрета.

К предрасполагающим местным факторам для этих заболеваний относятся анатомические изменения внутриносовых структур: шипы, гребни и деформации перегородки носа, гипертрофия носовых раковин и др.

Практические врачи не всегда учитывают патологию внутриносовых структур как этиологический и поддерживающий фактор многих хронических ЛОР-заболеваний и не проводят своевременную их санацию, ограничиваясь в большинстве случаев консервативным лечением. А ведь в этиологии хронических синуситов и тонзиллитов основное место занимают различные штаммы кокковой микрофлоры (в том числе и бета-гемолитический стрептококк группы А), что патогенетически и патофизиологически тесно связывает данные заболевания с целым рядом соматических недугов (ревматизм, системная красная волчанка, склеродермия, гломерулонефрит, миокардиодистрофия, инфекционно-аллергический миокардит).

При сочетании у пациентов деформации перегородки носа и хронической патологии околоносовых пазух встает вопрос о хирургическом лечении, которое можно выполнить двумя способами: симультанным (одномоментным) или двухэтапным. В случае применения симультанного способа хирургического вмешательства одновременно выполняется несколько хирургических операций. При двухэтапном способе между хирургическими вмешательствами имеется определенный промежуток времени (от 1 до 6 месяцев и более).

В настоящее время очень важная составляющая, отражающая состоятельность лечебного процесса, - экономическая. Поэтому клинико-экономический анализ стоимостных аспектов выполнения симультанных операций в оториноларингологии, тесно связанный с их конкретными результатами, более точно отражает затраты лечебного учреждения, всего здравоохранения и государства в целом.

Нами проведен анализ экономической эффективности выполнения симультанных операций (подслизистая резекция перегородки носа + гайморотомия) на примере 64 пациентов ЛОР-отделения Волгоградского гарнизонного военного госпиталя за 2000-2003г.г., у которых деформация носовой перегородки сочеталась с хроническим гайморитом. Контрольную группу составили 62 пациента, аналогичные хирургические вмешательства которым были выполнены в два этапа.

Выполняя симультанные операции, мы обратили внимание на тот факт, что предоперационные периоды у пациентов обеих групп практически одинаковые, а послеоперационные периоды и общее количество дней стациона-

нарного лечения при симультанных операциях практически не увеличились или увеличились незначительно по сравнению с пациентами контрольной группы. Однако среднее число дней стационарного лечения при двухэтапном способе хирургического вмешательства равно сумме койко-дней на различных этапах и составляет $20,3 \pm 0,8$ дней. Фактически продолжительность стационарного лечения уменьшилась в среднем при симультанных операциях на 8,6 дней (на 42,4% или более чем в 1,7 раза). Это дало нам основание предполагать о значительном экономическом эффекте от выполнения симультанных операций (таблица 1).

Таблица 1 Длительность стационарного лечения при симультанных и двухэтапных операциях

Вид хирургического вмешательства	Средний койко-день стационарного лечения		
	До операции	После операции	Всего дней стац. лечения
Симультанные операции:			
Подслизистая резекция перегородки носа + гайморотомия	$2,4 \pm 0,8$	$9,3 \pm 0,6$	$11,7 \pm 0,7$
Двухэтапные операции:			
Подслизистая резекция перегородки носа	$1,3 \pm 0,3$	$6,9 \pm 0,5$	$8,2 \pm 0,5$
Гайморотомия	$2,9 \pm 0,8$	$9,2 \pm 0,7$	$12,1 \pm 0,8$

Исходя из стоимости одного койко-дня в ЛОР-отделении военного госпиталя в 138,28 рублей, уменьшении длительности стационарного лечения при сочетании подслизистой резекции перегородки носа и гайморотомии на 8,6 дней, экономия средств военного госпиталя составила на 1 пациента 1189,21 рублей ($138,28 \times 8,6 = 1189,21$), а на 50 пациентов- 59460,5 рублей ($1189,21 \times 50 = 59460,5$).

Имея показатели суммарного среднего числа дней госпитализации при двухэтапных способах хирургических вмешательств, мы определили общую стоимость стационарного лечения (суммарное среднее число дней госпитализации $\times$ стоимость одного койко-дня), которая составила 2807,1 рублей ($138,28 \times 20,3 = 2807,1$).

С учетом полученных данных мы предположили, что на сэкономленные средства могли дополнительно получить хирургическое лечение 21 пациент (экономия средств на 50 пациентов, деленная на общую стоимость стационарного лечения или $59460,5 : 2807,1 = 21,2$).

Этот показатель можно интерпретировать и по-другому:

- из сотни пациентов с искривлением перегородки носа и хроническим гайморитом в нашем исследовании могли бы лечиться бесплатно на сэкономленные средства 42 человека;
- на отпущенные равные средства в те же сроки при двухэтапном способе хирургического вмешательства могли бы лечиться 100 пациентов, а при выполнении симультанных операций- 142 пациента, что увеличило бы оборот койки и расширило бы возможности стационарного лечения.

Таким образом, симультанные операции в оториноларингологии, помимо неоспоримых клинических преимуществ по сравнению с двухэтапными спо-

собами хирургических вмешательств, имеют значительный экономический эффект для лечебного учреждения и общества в целом.

Кедрова В.Л., Грехов Р.А., Харченко С.А., Черкесова Е.Г.
**СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ И КОНЦЕПЦИЯ ЛОКУСА
КОНТРОЛЯ**

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Изучение характеристик локуса контроля оказывает существенную помощь в исследовании психологических особенностей системы отношений больных системной склеродермией (ССД). Основной психологический смысл внутриличностного конфликта при разной направленности локуса контроля личности заключается в том, что интернальность-экстернальность предопределяет, в определенной степени, и приоритетность выбора стратегии достижения-избегания в значимых сферах отношений личности. При возникновении препятствий к достижению цели больной фиксируется на нем, подчеркивает его значимость или выраженность, создавая предпосылку для формирования психологического конфликта. При наличии внешнеобвинительных тенденций вина за конфликт возлагается на окружающих. А в связи с проблемами социализации, возникающими из-за заболевания, пациент вынужден брать на себя ответственность за коррекцию этой ситуации. Эта дискордантность ведет к потенцированию эмоционального стресса. Следовательно, сферы потенциального риска психологических конфликтов составляют области экстернальности личности, являющиеся областями повышенной личностной уязвимости к средовым воздействиям.

Проведено исследование локуса контроля по методике «УСК» (Бажин Е.Ф. с соавт., 1987) и применением статистического анализа данных клинико-психологических исследований у 29 больных ССД. Средний возраст пациентов составил $44,94 \pm 13,8$ лет, а средняя продолжительность болезни - $3,02 \pm 3,69$ года.

Больные ССД обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности в общей сфере ($3,8 \pm 2,58$), а также по шкалам интернальности в области неудач ($3,4 \pm 2,6$), в семейных отношениях ($4,2 \pm 2,48$), производственных отношений ($4,4 \pm 1,14$) и в отношении к здоровью ($4,6 \pm 2,6$). В сфере межличностного взаимодействия и по шкале интернальности в области достижений наблюдаются интернальные тенденции ($6,2 \pm 2,28$ и $6,0 \pm 2,34$ соответственно). Корреляционной связи между показателями уровня субъективного контроля и другими клинико-психологическими характеристиками, такими как возраст больных ССД, активность и длительность заболевания, уровнем невротизации пациентов установлено не было. Исключение составляет выраженная достоверно значимая отрицательная корреляционная зависимость механизма психологической защиты «Отрицание» и показателя интернальности в отношении заболевания ($r = -0,89$ при $p = 0,038$).

Таким образом, роль больного, усваиваемая в той или иной мере большинством пациентов ССД, и сама симптоматика заболевания формируют у пациентов чувство беспомощности, потребность в сочувствии и заботе окружающих, надежду на то, что облегчение состояния явится результатом воздействия внешних факторов, не зависящих от самого пациента. Данные из-

нения могут препятствовать проведению адекватных терапевтических мероприятий и, в свою очередь, являются сами по себе **целью** психотерапевтического воздействия.

Кедрова В.Л., Грехов Р.А., Харченко С.А., Черкесова Е.Г.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЗАЦИИ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Целью исследования было изучение особенностей уровня невротизации и механизмов психологической защиты у пациентов с ССД и их взаимосвязи с различными клинико-психологическими особенностями больных.

Под наблюдением находилось 29 больных ССД. Средний возраст пациентов составил $44,94 \pm 13,8$ лет, а средняя продолжительность заболевания - $3,02 \pm 3,69$ года. При проведении экспериментально-психологического исследования использовались следующие методики: для оценки клинико-психологических особенностей больных СКВ применялась методика формализованной оценки невротических проявлений (Дмитриева Л.Л., 1990); для изучения типов психологических защит использовался опросник Индекс Жизненного Стиля (Клубова Е.Б., 1995).

В результате проведенных исследований было установлено, что развитие ССД сопровождается формированием невротических расстройств, которые представлены в большей степени астенией ($6,21 \pm 2,26$ балла) и тревогой ($6,14 \pm 1,95$ баллов), и в меньшей степени, ипохондрией ($5,85 \pm 2,43$) и депрессией ($5,51 \pm 2,42$) на субклиническом уровне. Основными клиническими проявлениями при этом являются повышенная утомляемость, возбудимость, эмоциональная неустойчивость и тревога. Проведенный корреляционный анализ показал наличие прямой умеренной связи между выраженностью ипохондрии и возрастом больных ($r=0,50$ при $p=0,034$). Объяснить это можно тем, что с возрастом люди как бы теряют осознание своей полезности, последствием чего является склонность считать свои личные и социальные проблемы неразрешимыми.

Результаты исследований свидетельствуют также о напряженном действии у больных ССД механизмов, обеспечивающих психологическую переработку связанных с болезнью проблемных ситуаций: «Реактивное образование» ($90,11 \pm 13,10$ баллов по процентильно нормализованной шкале), «Проекция» ($73,72 \pm 22,22$), «Подавление» ($71,22 \pm 30,79$), «Интеллектуализация» ($70,22 \pm 21,73$), «Отрицание» ($66,83 \pm 30,85$), «Регрессия» ($60,72 \pm 26,33$), в меньшей степени, «Замещение» ($46,77 \pm 29,29$) и «Компенсация» ($34,33 \pm 26,45$). Препреимущественный выбор и существенное напряжение перечисленных доминирующих ПЗ указывает на значимое фрустрирующее влияние болезни на систему отношений личности и своеобразное «интенсивное» использование ПЗ при глубинно-личностном реагировании на конфликтные ситуации.

Кроме того, были исследованы взаимосвязи невротических расстройств и лежащих в их основе механизмов ПЗ. Показатели астении достаточно выражено и прямо коррелирует с показателями психологических защит типа «По-

давление» ($r=0,60$ при $p=0,008$), «Регрессия» ($r=0,69$ при $p=0,001$) и «Реактивные образования» ($r=0,48$ при $p=0,043$); депрессии – с «Регрессией» ($r=0,53$ при $p=0,023$) и «Реактивными образованиями» ($r=0,48$ при $p=0,04$); тревоги – с «Подавлением» ($r=0,51$ при $p=0,029$), «Регрессией» ($r=0,81$ при $p=0,001$) и «Замещением» ($r=0,62$ при $p=0,005$); ипохондрия – с «Подавлением» ($r=0,53$ при $p=0,024$), «Регрессией» $r=0,67$ при $p=0,002$) и «Реактивными образованиями» ($r=0,53$ при $p=0,022$).

Результаты проведенного исследования могут быть полезными для своевременной корректировки невротических расстройств и механизмов психологической защиты, использования психологических методов воздействия на личность больного с целью повышения эффективности проводимой терапии, способствуя улучшению состояния больных, предупреждения дистресса, профилактике рецидивов, повышая тем самым механизмы социально-психологической адаптации пациентов с системной склеродермией.

Корочина И.Э., Багирова Г.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Актуальность: Метаболический по своей сути и дегенеративный по физиологическому сценарию, остеоартроз (ОА) остается одним из самых распространенных ревматических заболеваний (РЗ). Наблюдаемая современниками склонность к его прогрессированию и росту среди трудоспособного населения диктует необходимость разработки превентивной тактики в отношении врача к проблеме ОА.

Известная ассоциация клинических и метаболических нарушений углеводного и жирового обменов, артериальной гипертонии, нарушений гемостаза, гиперурикемии и микроальбуминурии (метаболический синдром (МС)), как правило, сочетается с ОА, остеохондрозом или подагрой. Изучение взаимосвязи этих полиэтиологических РЗ и МС актуально, поскольку позволит по-новому оценить возможность адекватного лечения.

Цель: Оценить особенности дебюта, клинических манифестаций, рентгенологических характеристик и взаимосвязи ОА с МС.

Материалы и методы: Обследовано 62 женщины среднего возраста $49,8 \pm 2,9$ лет с ОА на фоне МС. Последний был гетерогенным по структуре: от 6 (гипертоническая болезнь + кардиологический X-синдром + ожирение преимущественно абдоминального типа + дислипидемия + нарушение толерантности к углеводам и гиперинсулинемия/сахарный диабет 2 типа) до 2-3 из вышеуказанных компонентов. Для достижения поставленных выполнялись: клиничко-anamnestическое анкетирование и объективное обследование, рентгенография пораженных суставов (преимущественно коленных, голеностопных) и/или грудного отдела позвоночника, костная денситометрия, постановка функциональных и лабораторных тестов). Проведена статистическая обработка данных.

Полученные результаты: Преобладало полиартикулярное поражение ОА, со средним показателем активности на период госпитализации $1,5 \pm 0,11$ ст., рентгенологической стадии $2,4 \pm 0,16$ и степенью функциональной

недостаточности суставов - $1,8 \pm 0,10$. Остеохондроз (ОХ) позвоночника также у всех этих больных был подтвержден рентгенологически, однако уровневые клинические манифестации варьировали: преобладали цервикалгия (у 11 больных) и торакалгия (14). У 59 (95, 2%) больных выявлен отягощенный наследственный анамнез по МС и у 60 (96,8%) - по РЗ. Денситометрические отклонения от нормы определены лишь у 5 (8,1%) больных - самых старших представительниц изучаемой когорты.

Обсуждение: Проведенное обследование и анализ полученных данных позволяют отметить ряд выявленных закономерностей. Рентгенологически прогрессирование ОА коррелировало с нарастанием индекса массы тела (ИМТ), выраженностью дислипидемии, уровнем гликемии и площадью под сахарной кривой, метаболическими изменениями на ЭКГ по ишемическому типу. Наблюдалась клиническая метаморфоза: у 16 (25,8%) больных появление и прогрессирование диабетической полинейропатии изменило «характер» болевого синдрома – нагрузочная боль, характерная для ОА, становится практически постоянной, в том числе в покое и ночью, нарастающей интенсивности, в процесс прогрессивно вовлекается большее число суставов, в том числе и мелкие суставы кистей. Вышеуказанное усугубляет функциональную недостаточность пораженных суставов и значимо снижает качество жизни больных. Согласно результатов проводимого анкетирования, выявлена закономерность в очередности появления составляющих МС: чаще всего манифестирует ожирением и дислипидемией, за ними характерно появление сочетания гипертензии с ОХ и/или ОА, присоединяющиеся нарушение толерантности к углеводам и сахарный диабет 2 типа усугубляют клинические манифестации ОА и сопровождаются более частыми обострениями, ИБС с прогрессирующими нарушениями углеводного обмена и их осложнениями извращают клинические характеристики «классического» ОА.

Выводы: ОА и ОХ закономерно развиваются у лиц с МС и имеют ряд клинических, рентгенологических и функциональных особенностей.

*Кочнева Л.И., Маслакова Л.А., Гонтарь И.И., Сычева Г.Ф.,
Шилова Л.Н., Емельянов Н.И., Гонтарь И.П.*

ИЗУЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФИБРОНЕКТИНА С ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ

Поливалентность свойств фибронектина (ФН) обеспечивается наличием в его структуре специализированных участков – доменов, основными из которых являются коллагенсвязывающий и клеточный. Функциональную активность ФН при ревматических заболеваниях (РЗ) определяет наличие свободных коллагеновых доменов. Именно в этих участках происходит связывание антител (АТ) к ФН посредством Fab- фрагментов. Имеющее место неспецифическое взаимодействие ФН с иммуноглобулинами крови обусловлено связыванием их Fc-участков с клеточным доменом ФН.

Цель исследования: изучить возможность определения неспецифического связывания ФН с иммуноглобулинами сыворотки крови у больных РЗ.

Материалы и методы. АТ к ФН определяли методом ИФА с использованием иммобилизованных магнитоуправляемых сорбентов у 36 практически здоровых лиц, 68 больных ревматоидным артритом (РА), 36 больных системной красной волчанкой (СКВ) и 25 больных системной склеродермией (ССД). Из сывороток обследованных больных были отобраны 15 с наиболее высокими значениями концентраций АТ к ФН, составивших 0,045-0,054 е.о.п., что превышало на 50-80% уровень АТ к ФН в сыворотках крови здоровых лиц. Методом высаливания сульфатом аммония из этих сывороток выделяли IgG. Затем для разделения Fab- и Fc-фрагментов IgG проводили 1,5-часовой папаиновый гидролиз в термостате с использованием плотно закрытой стеклянной посуды в присутствии $\text{Na}_2\text{ЭДТА}$ и солянокислого цистеина (на 12 мл опытного образца 1,6 мг папаина, 315 мг $\text{Na}_2\text{ЭДТА}$ и 21 мг солянокислого цистеина). После 48-часового диализа против 0,01М натрий-фосфатного буфера с pH 7,6 образцы центрифугировали 30 минут со скоростью 6000 оборотов/мин. Фракционирование Fab- и Fc-фрагментов проводили методом ионообменной хроматографии на ДЭАЭ-целлюлозе ступенчатым элюированием, используя 11 точек с возрастающей молярностью натрий-фосфатного буфера с pH 7,7. Вышедший первым пиком Fc-фрагмент концентрировали с использованием ПЭГ 40000 до первоначального объема сыворотки (15 мл) и ставили ELISA-тест.

Результаты. Значения экстинкции при постановке ИФА с Fc-фрагментами IgG больных РЗ составили в среднем 15% от полученных результатов при исследовании сывороток этих же больных, содержащих не фрагментированный Ig G. С Fab-фрагментами показатели оптической плотности были сопоставимы с контрольными пробами.

Выводы. Во-первых, отсутствие взаимодействия Fab-фрагментов IgG с ФН подтверждает данные литературы о том, что гетерологичные АТ против агрегированных с антигенами иммуноглобулинов крови, используемые нами при проведении ИФА, реагируют только с их с Fc-фрагментами. Во-вторых, при необходимости определения АТ к ФН у больных РЗ надо учитывать, что на неспецифическое связывание ФН с иммуноглобулинами сыворотки крови, обусловленное взаимодействием их Fc-фрагментов с клеточным доменом ФН, приходится 15%. Эти данные совпадают с результатами исследований с использованием моноклональных АТ к ФН, блокирующих клеточный домен, что подтверждает правомочность нашего методического подхода.

Таким образом, с учетом значений неспецифического связывания иммуноглобулинов крови с ФН метод ИФА может быть использован для определения АТ к данному антигену у больных РЗ.

Крылов Г.Ю., Эйд Риад, Баранова Э.Я., Парусова Н.И.
**УРОВЕНЬ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 У
БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**
Ярославская государственная медицинская академия

Цель: Изучить уровень цитокинов с провоспалительной (ИФ- γ) и противовоспалительной (ИЛ-4) активностью у больных ревматоидным артритом (РА) в процессе стационарного лечения.

Материалы и методы: У 52 пациентов в возрасте $49 \pm 1,7$ лет с достоверным диагнозом РА, со средней длительностью болезни $10 \pm 1,1$ лет, преимущественно 2 степенью активности и II-III рентгенологической стадией, помимо клинической картины и общепринятых лабораторных показателей, при поступлении и выписке оценены суставной индекс и счет, функция суставов по тестам и Lee и HAQ, а также уровни ИФ- γ и ИЛ-4.

Результаты: За время лечения отмечалась положительная динамика ряда показателей суставного синдрома и некоторых лабораторных показателей. Так, величина HAQ снизилась с $19,7 \pm 1,6$ до $15,7 \pm 1,3$ ($p < 0,05$), а СОЭ с $31,0 \pm 1,8$ до $23,3 \pm 1,9$ мм/час ($p < 0,05$). Средние уровни исследуемых цитокинов не претерпели значительной динамики в ходе лечения (ИЛ-4: $49 \pm 14,5$ и $53 \pm 17,7$; ИФ- γ : $194 \pm 47,2$ и $231 \pm 64,9$). При определении коэффициента сопряженности Пирсона установлена прямая связь между уровнем ИФ- γ и ИЛ-4 ($C = 0,34$; $p < 0,05$), которая сохранялась при выписке на уровне тенденции ($C = 0,26$), при этом уровень цитокинов несколько нарастал, причем, ИФ- γ в несколько большей степени, чем ИЛ-4 (прирост соответственно на 19,1% и 8,1%).

Обсуждение: Отмечаются большие колебания уровней цитокинов у разных больных. Положительная динамика со стороны суставного синдрома и общепринятых показателей активности процесса (СОЭ) не сопровождается существенной динамикой уровня ИФ- γ и ИЛ-4. Изменения последних характеризуются определенной синхронностью, что свидетельствует о взаимообусловленности сдвигов в цитокиновой сети.

Выводы: В процессе стационарного лечения больных РА в течение 3-4 недель у большинства больных наблюдается клинико-лабораторное улучшение, индивидуальные величины уровня ИФ- γ и ИЛ-4 вариабельны, но их средние величины остаются без существенных изменений.

*Кудряков Р.Ш., Григорьянц С.Р., Девятаева Н.М., Слюсарь О.П.,
Хортиева С.С.*

ЭНЗИМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННОЙ (КОЖНОЙ) ФОРМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Ограниченная красная волчанка (КВ) предполагает, в отличие от системной КВ, только наличие кожных поражений. Синонимами этой болезни являются: эритематоз, erythema centrifugum, seborrhoea congestive, erythema atrophicans, рубцующийся эритематоз, интегументная КВ (от слова integumentum - покрывало) и др. Такое терминологическое разнообразие од-

ного заболевания чаще всего обусловлено неясностью этиологии, патогенеза КВ, ее эволюции и исхода. Существует достаточно много классификаций КВ. Самая ранняя из них включает хроническую КВ (дискоидную и диссеминированную) и острую КВ с явлениями септицемии (Григорьев, 1939; Бременер, 1949). Французские дерматологи различают 3 формы КВ: хроническая КВ дискоидная, хроническая КВ с очагами, склонными к периферическому росту и слиянию, и острая генерализованная КВ. Имеется еще оригинальная классификация (Schuermann): 1. КВ покровов (L.E.Integumentalis). 2. КВ внутренних органов. 3. КВ покровов и внутренних органов. Кроме того, выделяют различные формы КВ: гипсовая, фолликулярная, акнеформная, инфилтративная, узелковая, веррукозная, гипертрофическая, тумидная, телеангиэктатическая, геморрагическая, пигментная, розацеаподобная, пеллагроидная, мутилирующая, буллезная, герпетиформная и др. (Каламкарян и др, 1989; Лосева и др, 2001). Наиболее удобной в клинической практике является классификация, выделяющая: 1. Дискоидную КВ. 2. Промежуточные формы (диссеминированная КВ и центрбежная эритема Биетта) и 3. Острую, подострую и хроническую СКВ (Лелис, 1970). Нам представляется, что основной причиной такого разнообразия классификаций и клинических форм КВ является нерешенность одной проблемы: является ли кожная форма КВ самостоятельным заболеванием, относящимся к сфере врачей дерматологов, или эта форма КВ является дебютом СКВ, ее предсистемным периодом, как считал Е.М. Тареев (1965). Большинство исследователей признается, что КВ и ее клинические варианты представляют собой единый патологический процесс с системным поражением соединительной ткани, и различия между кожной формой КВ и СКВ по иммунопатологическим, биохимическим, морфологическим носят количественный, а не качественный характер (Главинская, 1999; Скрипкин, 2000; Parodi et al., 2000 и др.). Но имеются и другие мнения, признающие различия в этиологии, патогенезе этих двух заболеваний (Сигидин и др. 1994). Поэтому работы, направленные на поиск различий или тождества КВ и СКВ, нам представляются весьма перспективными, и этому и посвящено наше исследование. С этой целью нами проведены исследования активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), пуригидролизатазы (ПНФ) и содержания мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови больных с обеими формами КВ.

Под наблюдением находились 53 больных с ограниченной формой КВ, из которых 20 мужчин и 33 женщины. Средний возраст больных $38,2 \pm 1,3$ лет. Контрольные группы составили 30 здоровых, 12 больных СКВ с I степенью активности и 14 больных СКВ с II степенью активности патологического процесса. При поступлении на лечение у больных с ограниченной формой КВ, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p < 0,01$), ГФ ($p < 0,001$); по сравнению с больными СКВ с I степенью активности патологического процесса, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$) и выше активность ГФ ($p < 0,001$); по сравнению с больными СКВ II-й степенью, еще ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), выше активность ГФ ($p < 0,001$). Анализируя enzymные различия между этими двумя формами КВ, можно видеть, что активности ГДА, ПНФ и ГФ при ОКВ и СКВ меняются в одном направлении, только при СКВ эти из-

менения выражены более значительно. Но изменения активности ГЗДА носят разнонаправленный характер: при СКВ активность ГЗДА повышается, а при ОГКВ – снижается. Возможно, что это имеет патогенетическое значение.

Таким образом, проведенные исследования выявили существенные энзимные различия у больных ОГКВ и СКВ, что может быть использовано в дифференциально-диагностических целях.

*Кудряков Р.Ш., Ермолаева Н. А., Мякишев М.В., Абрамов Н.Б.,
Карпова О.В.*

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ, КЛАССИФИКАЦИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ (БЛЯШЕЧНОЙ) СКЛЕРОДЕРМИИ

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Последние два-три десятилетия вопросам ограниченной склеродермии (ОСД) уделяется достаточно много внимания, но проблема ее остается актуальной. До настоящего времени не установлена этиология ОСД, патогенетические механизмы, не выяснены связи между ОСД и системной склеродермией (ССД). Существует около 20 классификаций ОСД, множество терминов, обозначающих одну и ту же клиническую форму ОСД, что создает определенные трудности в практической медицине. Весьма сложно разобраться о каком заболевании идет речь встречая в литературе такие термины как локализованная, лимитированная, диссеминированная, генерализованная, диффузная, распространенная формы склеродермии.

Практически, все существующие классификации ОСД входят в противоречие с Международной статистической классификацией болезней 10 пересмотра (ВОЗ, 1995г.). Нам представляется, что все эти сложности с терминологией и классификацией ОСД связаны, в основном, с неясностью взаимосвязей между ОСД и ССД; так как не решен вопрос о самостоятельности нозологических форм этих болезней. Большинство ревматологов считают эти два заболевания самостоятельными с различной этиологией и патогенезом, а многие дерматологи, наиболее часто встречающиеся с ОСД, предполагают, что это одно заболевание с различными периодами: предсистемным и системным, так как в 30-40% случаях наблюдают трансформацию некоторых форм ОСД и ССД (Ахмед М., 1972; Гребенников В. и др., 1983; Сосновский А. И др., 1983; Гусева Н., 1993; Смирнов А., 1997).

Мы считаем, что на основе современных представлений об этиологии и патогенезе этих двух заболеваний весьма сложно, если не невозможно, создать единую классификацию ОСД, удовлетворяющую потребностям практической медицины. Необходимо продолжение различных генетических, иммуно-биохимических исследований, чтобы более точно определиться в тождестве или в различии ОСД и ССД. В своей работе мы использовали модифицированную классификацию, предложенную С. Довжанским (1979). Под нашим наблюдением находилось 50 больных с бляшечной формой СД. В сыроворотке крови всех больных мы исследовали активность энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пуриноклеозидфосфорилазы (ПНФ) и гуанозинфосфорилазы (ГФ). Этот выбор

был обусловлен тем, что пуриновые метаболиты и ферменты, какализующие их превращения, непосредственно участвуют в иммунорегуляторных процессах, и являются их первичными мессенджерами, так как участвуют в дифференциации и созревании большинства иммунокомпетентных клеток. Контрольные группы были представлены здоровыми, 10 юльных ССД с I-степенью активности патологического процесса и 11 больных ССД II-степенью активности.

Из 50 больных бляшечной слеродермией (БСД) – мужчин – 12 (24%) и 38 (76%) женщин. Средний возраст больных – $42,4 \pm 1,7$ лет, средняя длительность болезни – $4,74 \pm 0,63$ лет. При поступлении на лечение у больных БСБ, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,05$), ГЗДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,001$) и уровня МК ($p < 0,01$); по сравнению с больными ССД с I- степенью активности, более низкая активность ГДА, ГЗДА (все $p < 0,001$), но выше активность ГФ ($p < 0,001$); а по сравнению с больными ССД с II- степенью активности процесса, ниже активность ГДА, ГЗДА, ПНФ и ГФ (все $p < 0,001$).

Таким образом, проведенные исследования выявили существенные изменения активности ферментов пуринового метаболизма в крови больных БСБ, что косвенно свидетельствует об интенсификации катаболизма пуринов. В то же время у больных ССД в крови обнаружены аналогичные изменения активности ферментов, только более количественно выраженные, что может способствовать их дифференциации.

*Кудряков Р.Ш., Морозова Т.А., Фофанова Н.А., Абрамов Н.Б.,
Мозговая Е.Э.*

АКТИВНОСТЬ ГУАНИНДЕЗАМИНАЗЫ, ГУАНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ, ПУРИННУКЛЕОЗИДФОСФОРИЛАЗЫ, ГУАНОЗИНФОСФОРИЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, кафедра госпитальной терапии, кафедра кожных и венерических болезней ВолГМУ

Диссеминированная красная волчанка (ДмКВ) одна из форм интегументной красной волчанки, отличающаяся от системной красной волчанки (СКВ) отсутствием висцеральных поражений. ДмКВ по своим клиническим и патологическим кожным проявлениям наиболее близка к СКВ. Одни исследователи, в основном дерматологи, считают, что в 25-35% случаев в процессе эволюции ДмКВ переходит в СКВ, и что ДмКВ лишь предсистемный период СКВ (Тареев Е.М., 1985; Скрипкин Ю.К., 1996; Лосева и др., 2001), другие (Иванова М.М., 1994) – не признают тождество патологических процессов при ДмКВ и СКВ и обосновывают это рядом иммунологических и генетических несоответствий, а также тем, что далеко не у всех больных ДмКВ переходит в СКВ, а наличие висцеральной патологии при ДмКВ у некоторых больных объясняется просто сопутствующими заболеваниями, а не следствием патологических процессов при ДмКВ. Это форма КВ характеризуется рассеянными многочисленными очагами поражения кожи на лице, волосистой части головы, шее, боковых поверхностях туловища, спине, груди, в области

коленных, локтевых суставов, пальцах рук, ушных раковинах, гениталиях. Очаги, как правило, небольшие и в отличие от СКВ, границы очагов более контурированы. Тем не менее, проблема дифференциации ДмКВ и СКВ достаточно сложная, и поиски новых иммуно-биохимических тестов, способствующих решению этого вопроса актуальны и перспективны. Этому и посвящена наша работа, и с этой целью нами были проведены исследования активности энзимов пуринового метаболизма, принимающих участие в иммунорегуляторных процессах.

Под наблюдением находились 29 больных ДмКВ, из 11 (37,9%) мужчин и 18 (62,%) женщин. Средний возраст больных – $37,3 \pm 1,6$ лет, средняя продолжительность болезни – $4,43 \pm 0,69$ лет. Больных свыше 40 лет было 11 (37,9%), длительность болезни более 5 лет отмечалась у 12 (41,1%) больных. Минимальная активность кожного поражения определялась у 12 (41,1%), умеренная – у 17 (58,6%) больных. У всех больных ДмКВ в сыворотке крови определялась активность энзимов пуринового метаболизма: гуаниндеаминазы (ГДА), гуанозиндеаминазы (ГЗДА), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК). Контрольные группы были представлены 30 здоровыми лицами, 12 больными СКВ с I степенью активности и 14 больными СКВ с II степенью активности процесса. При поступлении на лечение у больных ДмКВ (всей группы) выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), уровня МК ($p < 0,05$), снижение активности ГЗДА ($p < 0,001$) и ГФ ($p < 0,001$). По окончании курса лечения наблюдалась положительная динамика всех энзимных показателей, и активность ГДА и ГЗДА, практически, нормализовалась, но активность ПНФ осталась повышенной ($p < 0,001$), а ГФ – сниженной ($p < 0,05$). У больных с минимальной активностью процесса, по сравнению со здоровыми, отмечалось повышение активности ГДА ($p < 0,05$), ПНФ ($p < 0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p < 0,05$), ГФ ($p < 0,05$), а по сравнению с больными СКВ с I степенью активности патологического процесса, более низкая активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), и более высокая активность ГФ ($p < 0,001$). У больных ДмКВ с умеренной активностью процесса, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГДА, ПНФ (все $p < 0,001$), уровня МК ($p < 0,01$) и снижение активности ГЗДА ($p < 0,01$), ГФ ($p < 0,001$), а по сравнению с больными СКВ с II степенью активности, ниже активность ГДА, ГЗДА, ПНФ (все $p < 0,001$) и выше активность ГФ ($p < 0,01$). У больных ДмКВ с минимальной активностью процесса, по сравнению с больными ДмКВ с умеренной активностью процесса, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,05$) и выше активность ГФ ($p < 0,01$).

Таким образом, проведенные исследования выявили существенные изменения энзимной активности у больных ДмКВ, зависящие от степени активности патологического процесса в коже. Такие же изменения активности ГДА, ПНФ и ГФ обнаружены и у больных СКВ, только более выраженные в количественном аспекте. Но если при СКВ активность ГЗДА была высокой, то при ДмКВ она снижалась и в этом заключается самое существенное различие между СКВ и ДмКВ.

**МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ
НЕКОТОРЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (РЗ)**

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

В настоящее время достигнуты определенные успехи в изучении нарушений микроциркуляции (МЦ) и реологических свойств крови при иммунокомплексных заболеваниях. В основе многих патологических состояний, в том числе и поражения сосудов МЦ русла лежит окислительный стресс (ОС). Нейтрофильные гранулоциты, продуцирующие кислородные радикалы (КР), не являясь по современным понятиям иммунокомпетентными клетками, активно участвуют в деструкции органов и тканей при РЗ. Это послужило основанием для обследования группы больных системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), геморрагическим васкулитом (ГВ), неспецифическим аortoартериитом (НАА) – всего 70 больных. Исследовали систему МЦ, оксидантную и антиоксидантную систему, гемореологические показатели (вязкость, гематокрит, деформируемость и агрегацию эритроцитов). У всех обследованных обнаружались существенные структурные и функциональные изменения МЦ русла. При СКВ они проявлялись спазмом артериол, значительным замедлением кровотока, формированием слайдж-феномена, выраженным периваскулярным отеком. При ССД расстройства МЦ характеризовались, в основном замедлением кровотока в венулах и капиллярах, уменьшением количества функционирующих капилляров. При ГВ и НАА отмечалась распространенная внутрисосудистая агрегация эритроцитов при отсутствии периваскулярных изменений. У всех больных выявлены значительные нарушения гемореологии. Наиболее часто отмечалось достоверное уменьшение деформируемости эритроцитов и увеличение их агрегационной способности ($0,6300 \pm 0,0294$, $p < 0,01$). Отмечалось достоверное повышение вязкости плазмы, что вероятно связано с повышением количества г-глобулинов и фибриногена. Данные изменения коррелировали со степенью активности воспалительного процесса ($r = 0,68$, $p < 0,01$). Исследование оксидантной и антиоксидантной систем выявило значительный избыток КР ($0,0180 \pm 0,0050$, $p < 0,01$) на фоне недостатка естественных антиоксидантов ($7,9620 \pm 0,393$, $p < 0,01$), максимально выраженные при умеренной и выраженной активности воспалительного процесса у всех исследуемых больных. Таким образом, результаты проведенного комплексного изучения МЦ оксидантной и антиоксидантной систем, гемореологии позволяют говорить об общности выявленных изменений при СКВ, ССД, ГВ и НАА. Воспалительный тип МЦ расстройств характеризуется развитием васкулита, усилением агрегации эритроцитов и увеличением вязкости. Первичным звеном в патогенезе васкулита является, по-видимому, нарушение сосудистого эндотелия, что подтверждается данными о повышении содержания оксида азота у пациентов с СКВ. Проведенное исследование свидетельствует о необходимости продолжения изучения данных расстройств, что будет способствовать выработке адекватного подхода к коррекции нарушений МЦ и реологических свойств крови при ревматических заболеваниях.

ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ, АССОЦИИРУЮЩЕЙСЯ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, г. Волгоград

Первичная фибромиалгия (ПФМ), согласно диагностическим критериям Американской Коллегии Ревматологов (1990), ассоциируется с рядом коморбидных синдромов. В том числе имеются единичные работы, в которых упоминается о включении в этот перечень предменструального синдрома (ПМС). Однако, исследований, посвященных детальному анализу их соотношения, как основы разработки подходов к лечению данной патологии, в доступной нам литературе не выявлено.

Цель: улучшить результаты лечения ПФМ и ПМС с помощью метода транскраниальной электростимуляции эндорфинных структур головного мозга (ТЭС) и целенаправленно разработанной схемы лекарственной терапии.

Методы: клиничко-неврологический с оценкой диагностических критериев ПМС, болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Исследование порогов болевой чувствительности, оценка психоэмоционального статуса, включавшее изучение уровня тревожности по тесту Спилбергера, уровня депрессии по тесту Бека, базисных черт личности по тесту Айзенка. Выполнялась электроэнцефалография.

Результаты: обследовано 69 женщин, страдающих ПМС, в возрасте от 20 до 36 лет. Критериями исключения являлось наличие органического заболевания нервной системы или гинекологической патологии, нуждающейся в стационарном лечении. У 53 женщин (76,8%) имелись клинические признаки ПФМ. Результаты психологического тестирования пациенток выявили повышение уровня депрессии до 16,3 баллов, что соответствует умеренной депрессии, повышение личностной и реактивной тревожности до 36,8 и 43,3 баллов соответственно. Пороги болевой чувствительности у пациенток с ПМС и ПФМ были ниже, чем у пациенток без признаков ПФМ. Средний уровень болевых порогов у пациенток с ПМС и ФМ составил $163,1 \pm 15,2$ мкА, у пациенток с ПМС без ФМ – $176,2 \pm 15,5$ мкА. Уровень боли по ВАШ в среднем составил 8,56 балла. Проводилось комплексное лечение, включавшее 10 процедур ТЭС с последующим назначением дифференцированного медикаментозного лечения. Обследование по результатам лечения выявило значительное улучшение состояния пациенток. Положительная динамика в клинической картине после лечения отмечена у 57 женщин (82,6%), причем она имела уже в первый месяц терапии и проявлялась в уменьшении выраженности симптомов во всех группах. Состояние психоэмоциональной сферы начало улучшаться уже на фоне проводимого комплексного лечения у 43 женщин (62,3%), а после лечения приближалось к показателям здоровых женщин у 52 (75,4%). Полученные результаты нормализации психоэмоционального статуса подтверждены данными ЭЭГ. В основной группе у 23 больных (33,3%) на ЭЭГ увеличилась правильность α -ритма.

После проведенной терапии обнаруживались значительные изменения биоэлектрической активности головного мозга, указывающие на ее нормализацию. Таким образом, предлагаемый метод лечения ПМС оказывал позитивное воздействие на биоэлектрическую активность диэнцефальных структур.

На ВАШ интенсивность болей составила в среднем $82,4 \pm 2,8\%$, после лечения – $35,6 \pm 2,4\%$.

Выводы: Таким образом, проведенное динамическое исследование демонстрирует выраженность психовегетативных нарушений и алгических проявлений у женщин, страдающих предменструальным синдромом. Это доказывает необходимость включения в комплексную терапию предменструального синдрома средств, влияющих на антиноцицептивную систему и антидепрессантов. Применение ТЭС при данной патологии является патогенетически обоснованным.

Ломтатидзе Е.Ш., Волченко Д.В., Поцелуйко С.В., Ким Н.И.,

Ломтатидзе В.Е., Грошев Ю.В., Круглов М.И., Попов Д.П.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ВПХ ВолГМУ, МУЗ КБ №4

Цель: провести сравнительную оценку качества жизни и функционального состояния сустава у пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава до и после эндопротезирования.

Задачи: отобрать группу пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава, которым выполнялось эндопротезирование; оценить качество жизни при помощи опросника EQ-5D; оценить функциональное состояние по системе Харриса.

Материалы и методы: в исследование были включены 50 пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава. Средний возраст пациентов составил 55,1 лет (СО = 12,4 от 33 до 76 лет). Для оценки качества жизни использовался опросник EuroQol-5D (EQ-5D) (производилась оценка по пяти основным разделам: подвижность, самообслуживание, боль, настроение, повседневная деятельность), для функционального состояния – система Харриса.

Результаты: оценены в сроки от 6 до 18 месяцев, среднее значение качества жизни по EQ-5D до операции составило 0,53 (максимальное значение 1,00), среднее значение по шкале Харриса 42,3 балла (максимальное значение 100 баллов). После эндопротезирования тазобедренного сустава – через шесть месяцев значение EQ-5D – 0,75, по шкале Харриса – 79 баллов, в срок от 12 до 18 месяцев среднее значение EQ-5D составило 0,81, по шкале Харриса 81,9 баллов. Наибольшее различие при оценке качества жизни отмечалось в разделах боль/дискомфорт и подвижность. Получена корреляция между системой оценки функционального состояния по Харрису и оценкой качества жизни по EQ – 5D.

Выводы:

1) оценка качества жизни пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава может использоваться, как дополнение к общепринятым методам обследования;

2) анализ полученных данных позволяет применить наиболее эффективный доступ к тазобедренному суставу и выбор конструкции имплантата;

3) показатели качества жизни помогут оптимизировать и снизить затраты на дорогостоящие оперативные вмешательства.

*Ломтатидзе Е.Ш., Поцелуйко С.В., Ким Н.И., Ломтатидзе В.Е.,
Волченко Д.В., Грошев Ю.В., Круглов М.И., Попов Д.П.*

СПОСОБ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ВПХ ВолГМУ, МУЗ КБ №4

Цель: повысить эффективность социальной и медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и травмами тазобедренного сустава, которым производилось эндопротезирование.

Задачи: оценить результаты лечения пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава, после эндопротезирования; разработать регистрационную систему учёта пациентов, которая на основе статистических данных позволит осуществлять рациональный выбор оптимальной конструкции имплантата, оптимальный способ хирургического лечения и послеоперационного наблюдения пациента; применить разработанную систему на практике.

Материалы и методы: для контроля за результатами лечения была создана книга-учёта регистр (патент на изобретение № 2003502167/49(030454) от 05.11.2003), в которую входили индивидуальные данные каждого пациента (паспортные данные, продолжительность операции, тип имплантата, способ его фиксации, методы реабилитации и т.д. всего 29 пунктов). За период с июля 1999 по сентябрь 2003 г. было прооперировано 68 больных (75 эндопротезирований). Из них 31 (45,6%) мужчина и 37 (54,4%) женщин. Эндопротезирование преимущественно выполнялось по поводу первичного деформирующего артроза тазобедренного сустава. Средний возраст больных на момент операции составил 54,3 (СО = 15,1 от 21 до 82 лет). Средний срок наблюдения составил 18,5 ± 11,6 мес (от 2 до 51 мес.). Оценка результата эндопротезирования по рентгенологической картине производилась по методам De Lee и Charnley для вертлужного компонента и методу Gruen для бедренного компонента. Оценка функциональных результатов проводилась по системам Харриса и Merle d'Aubigne` и Postel в модификации Charnley. На момент осмотра 44 (I группа) из 68 пациентов были социально реабилитированы, бытовая и трудовая активность восстановлена на удовлетворяющем их уровне. Средние показатели боли, функции и объема движений по системе Charnley для этой группы были 5,6/5,8/5,7 соответственно, по Харрису – 91,2 балла (СО=16,4). Активность остальных 7 пациентов (2 группа) была ограничена, 5 из них большую часть времени вынуждены занимать сидячее положение, одна передвигается в кресле – каталке. Боль, функция и объем движений в среднем по Charnley составили 5,2/3,8/4,7, по Харрису – 70,1 балла.

Результаты: система учёта позволила провести сравнительную оценку техники оперативного вмешательства, качества имплантатов, провести анализ в однородных группах пациентов, анестезиологического пособия. Анализ

полученных данных оптимизирует выбор метода лечения, типа имплантата, техники оперативного вмешательства и т.д. у пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава.

Выводы:

1) данные регистра позволяют производить анализ и сопоставление различных аспектов среднесрочных и отдаленных результатов операций тотального замещения тазобедренного сустава имплантатами с целью выявления наибольшей длительности их использования.

2) созданная система контроля качества проводимого лечения позволяет осуществлять динамическое наблюдение пациентов;

3) книга-учёта регистр оптимизирует выбор метода лечения и эффективность социальной реабилитации пациентов.

*Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Попова Л.В., Климова О.П.,
Савенкова Т.А.*

ПОВЫШАЕТ ЛИ ХОНДРОЛОН КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ?

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Изучение качества жизни при остеоартрозе (ОА) является актуальной проблемой ревматологии. Для оценки тяжести гонартроза на основании специфических симптомов и ограничения функции суставов, используются измерительные шкалы WOMAC –индекс или индекс Лекена. Для оценки эффективности терапии проводится оценка симптомов и функциональности суставов с помощью индекса WOMAC. WOMAC –индекс для гонартроза – является официально утвержденной анкетой, предназначенной для оценки симптоматики (функциональности самим пациентом). Анкета содержит 24 вопроса, распределенных по трем разделам: А) Боль; В) Ригидность; С) Функциональность (физическая активность и ограничения подвижности суставов).

Цель исследования: оценить качество жизни (КЖ) у больных гонартрозом при применении найза и его сочетания с отечественным хондропротективным препаратом хондролоном в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: В исследование включались больные гонартрозом в стадии обострения. Диагноз ОА устанавливался на основании критериев, разработанных в Институте ревматологии РАМН, 1993 г. В I группе (n=20) больные в течение двух недель ежедневно принимали найз 200 мг/сут (нимесулид, фирма Dr. Reddy's Laboratories, Индия) и физиотерапевтическое лечение (магнитотерапию или Амплипульс). Курс лечения составлял 3-4 недели. Во II группе (n=10) указанное лечение дополнялось препаратом хондролон (100 мг в/м через день №30, фирма «Иммунопрепарат» Россия). Сравнимые группы не различались по исходным параметрам. Преобладали женщины 90% (27 чел.), средняя длительность заболевания составила 6,2±1,0 г.; II рентгенологическая стадия ОА была у 60% (18 чел.), ФНС I степени - у 50% (15 чел.), II степени у 40% (12 чел.). Отмечалась значительная выраженность болевого синдрома по ВАШ - 7,8±0,62 см и 8,4±0,36 см (соответственно в I и II группах). Значение болевого/функционального

индекса Лекена находилось в интервале между 5 и 16 баллами (средн. $9,86 \pm 0,67$ баллов).

Результаты: После окончания лечения (через 2 месяца) в обеих группах было установлено эквивалентное достоверное улучшение клинических показателей и WOMAC-индекса по субшкалам «боль» и «ригидность». Субшкала, касающаяся физической функциональности пораженного коленного сустава, включающая 17 пунктов, в частности трудности при самообслуживании в быту, до начала терапии была сходна в обеих группах. Ряд симптомов оценивался как ведущие при определении тяжести гонартроза: «подъем вверх или спуск вниз по лестнице», «наклоны к полу», «напряженная работа по дому», по ним отмечалась наибольшая выраженность болевой симптоматики ($7,62 \pm 0,35$ баллов) у 80% больных. Прочие ограничения наблюдались и «при посадке/высадке из автомобиля», «подъеме с постели». Через 2 месяца по всем 17 пунктам у пациентов обеих групп отмечалось достоверное улучшение подвижности пораженного сустава, но наиболее выраженным оно было во II группе и сохранялось в течение 3 месяцев после лечения. В целом по субшкале С «Функциональность» начальное значение соответственно в I и II группах составило 4,9 и 5,2 (Редукция симптомов (РС) была -1,7 и -2,4; средние показатели $p < 0,01$ /Wilcoxon-Pratt –тест/двусторонний), средняя величина Mann-Whitney - 0,46). Спуск по лестнице: 6,2 и 5,9 (РС -2,0 и -2,6). Подъем по лестнице: 5,7 и 6,0 (РС -2,1 и -2,1), стартовые боли 5,5 и 5,4 (-1,8 и -2,3), стояние 4,6 и 5,5 (РС -1,8 и -2,0), наклоны к полу 6,2 и 6,0 (РС -2,0 и -2,5), посадка и высадка из автомобиля 3,8 и 4,2 (РС -0,1 и -1,3), поход за покупками 5,3 и 4,8 (РС -1,7 и -2,1).

Т.о., анкета WOMAC служит инструментом оценки эффективности терапии при гонартрозе по параметрам болевой симптоматики и нарушению функциональности в пораженных суставах. Включение в терапию хондропротективного препарата хондролон ведет к существенному снижению боли, улучшению подвижности в коленных суставах, что безусловно связано с улучшением качества жизни больных гонартрозом, по сравнению с терапией только нестероидным противовоспалительным препаратом найз.

*Маланин Д.А., Черезов Л.Л., Деревянко И.В., Питкевич Ю.Э.,
Самусев С.Р.*

О СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОСЛОЙНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА ПРИ ТРАВМАХ И ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ВолГМУ, Волгоградский научный центр РАМН и Администрации области

За период с 1992 по 2002 годы под наблюдением находились 123 больных с острыми и хроническими повреждениями суставного гиалинового хряща (СГХ) в 128 коленных суставах. В 17 суставах повреждения суставной поверхности были обусловлены травмой, а в 111 – дистрофическими заболеваниями (остеоартрозом, рассекающим остеохондрозом, остеонекрозом).

Характер повреждений СГХ, сочетанная патология коленных суставов были верифицированы при МРТ, артроскопии, артротомии и классифицированы по системе ICRS.

Острые полнослойные дефекты занимали 13,3% в инфраструктуре поражений СГХ и представляли собой монокомпарментальные монополярные повреждения III С (23,5%) и IV А, В (76,5%) степени в наиболее нагружаемых зонах суставных поверхностей мыщелков бедренной (76,5%), большеберцовой кости (17,6%) и надколенника (5,9%). Средний размер их составлял $1,4 \pm 0,3 \text{ см}^2$. В 58,8% суставах острые дефекты сочетались с повреждениями менисков, структур капсульно-связочного аппарата.

Хронические полнослойные дефекты составляли 86,7% от всех повреждений хряща. В структуре хронической патологии доминировали повреждения СГХ, связанные с остеоартрозом (90,6%). Дефекты суставной поверхности, характеризующиеся первичным вовлечением в процесс субхондральной кости при рассекающем остеохондрозе (7,5%), остеонекрозе (7,9%), наблюдались реже. Хронические повреждения СГХ III В-Д (87,1%) и IV А, В (12,9%) степени в 81,8% локализовались в наиболее нагружаемых зонах суставных поверхностей внутреннего (75,8%), наружного (11,4%) или бедренно-надколенникового (12,8%) отделов. Средний размер их достигал $5,7 \pm 1,0 \text{ см}^2$.

Сочетанную с дефектами гиалинового хряща патологию коленного сустава в 87,8% наблюдений представляли поверхностные I, II степени и глубокие IIIA степени повреждения СГХ, а в 63,9% - застарелые повреждения менисков или утрата значительной их части вследствие дегенерации или субтотальной, тотальной менискэктомии, хроническая нестабильность бедренно-большеберцового сочленения или надколенника, наружный надколенниковый компрессионный синдром, контрактурный синдром, свободное хрящевое или костно-хрящевое тело(а). Посттравматические и идиопатические деформации – варусное (96,3%) или вальгусное (0,7%) боковое искривление голени имели место в области 24,3% коленных суставов с хроническими дефектами СГХ.

Разделение всех хронических повреждений СГХ в зависимости от расположения в одном или нескольких отделах сустава, на одной или противоположных суставных поверхностях, их степени и размеров выявило ряд особенностей моно-, би-, трикомпарментальных поражений и показатели, имеющие прогностическое значение для течения заболевания и результатов лечения.

Монокомпарментальные поражения (58,6%) отличались от би- (29,7%) и трикомпарментальных (11,7%) наличием монополярных полнослойных (изолированных) дефектов, преобладанием глубоких повреждений III, IV степени маленького размера и поверхностных повреждений I, II степени маленького и среднего размеров. Би- и трикомпарментальные поражения являлись более тяжелыми, чем монокомпарментальные. В их структуре возрасла доля биполярных повреждений, очаги среднего и большого размера – как поверхностные, так и глубокие доминировали над маленькими. Ухудшение показателей отражало динамику патологического процесса при дегенеративно-дистрофических заболеваниях, направленного в сторону постепенного увеличения площади и глубины поражения гиалинового хряща.

*Маланин Д.А., Черезов Л.Л., Самусев С.Р., Деревянко И.В.,
Питкевич Ю.Э.*

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА У БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский научный центр РАМН и Администрации Волгоградской области

Комплексный подход к хирургическому лечению больных с дистрофическими заболеваниями коленного сустава предполагает не только оценку характера повреждений самого гиалинового хряща, но и выявление условий, способных оказывать влияние на течение заболевания, репаративный процесс и, в конечном итоге, на отдалённые результаты лечения.

С целью оптимизации хирургического лечения был проведен анализ основных показателей дегенеративных повреждений гиалинового хряща (площадь, распространенность, глубина, локализация) у 106 больных (111 суставов) с остеоартрозом, остеонекрозом, рассекающим остеохондрозом.

Для достижения поставленной цели применяли следующие методы исследования: анализ анамнестических данных, физикальное обследование, рентгенографию, МРТ, артроскопию, компьютерную статистическую обработку результатов с помощью программного пакета EXEL 7.0.

Сравнительный анализ показателей дегенеративных повреждений гиалинового хряща позволил выделить факторы риска, оказывающие отрицательное влияние на распространенность патологического процесса, а следовательно, на его прогрессирование. К этим факторам, в отношении большинства из которых возможно проведение соответствующих лечебных мероприятий, были отнесены: возраст больных старше 35 лет, повышенная масса тела, сочетанная внутрисуставная патология (особенно повреждение или отсутствие значительной части мениска, нестабильность), нарушение равномерного распределения нагрузки на суставные поверхности (деформация, конституциональные варианты формы нижних конечностей, дисплазия), сохранение высокого уровня физической активности после появления симптомов заболевания.

Основные показатели повреждений гиалинового хряща в указанных группах пациентов характеризовались большей площадью распространения на две и более суставные поверхности, наличием глубоких повреждений и полнослойных дефектов в самых нагружаемых отделах суставов.

Таким образом, при планировании хирургического лечения больных с дистрофическими заболеваниями коленного сустава необходимо учитывать факторы риска, вызывающие прогрессирование патологического процесса и создающие неблагоприятные условия для хондрорегенерации и восстановления функции сустава после операции.

*Маланин Д.А., Черезов Л.Л., Самусев С.Р., Деревянко И.В.,
Питкевич Ю.Э.*

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОПЛАСТИКИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ И ФАКТОРЫ ЕЁ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград-
ский научный центр РАМН и Администрации Волгоградской области

Отдалённые результаты (1-9 лет) хондропластики полнослойных повреждений гиалинового хряща в коленном суставе были изучены у 86 пациентов (91 сустав) с травматическими повреждениями, остеоартрозом, рассекающим остеохондрозом и остеонекрозом. Для оценки исходов лечения использовали балльные шкалы IKDS (1995) и Fulkerson J., Becker G. (1990).

Отличные и хорошие результаты констатировали в 70,3% наблюдений, удовлетворительные – в 20,9%, неудовлетворительные – в 8,8% наблюдений.

Более успешные исходы лечения отмечали у больных с острыми дефектами, среди которых преобладали ограниченные повреждения маленького размера, проникающие через субхондральную кость, что создавало благоприятные условия как для спонтанного, так и индуцированного заживления, по сравнению с подобными хроническими повреждениями.

Восстановление функции коленного сустава после хондропластики чаще наблюдали при возмещении полнослойных повреждений маленького и среднего размеров (до 2см² и от 2 до 10см²).

Взаимосвязь между локализацией дефектов хряща и результатом хондропластики обосновывалась наличием в суставе нагружаемых в разной степени отделов и зон сочленяющихся поверхностей. Лучшие показатели восстановления функции отмечали при локализации дефектов в бедренно-надколенниковом отделе сустава, чем в бедренно-большеберцовых.

Положительным исходам лечения, независимо от способа хондропластики дефектов, способствовало отсутствие или ограниченный по площади распространения и глубине поражения характер сочетанных повреждений гиалинового хряща. Сохранение его на противолежащей дефекту суставной поверхности имело особое значение.

Отрицательное влияние на результат хондропластики не устранённых сочетанных внутрисуставных повреждений подтвердилось у больных с отсутствующим мениском или большей его части в одноимённом с дефектом отделе сустава.

Осторожный прогноз в отношении восстановления функции сустава при костно-хрящевых дефектах на глубину 10 мм и более, по сравнению только с хрящевыми дефектами, был продиктован техническими трудностями одновременного возмещения утраченной хрящевой и костной ткани и быстро наступающей дефигурацией суставных поверхностей у больных с хронической патологией.

Сравнительно высокие компенсаторные возможности организма в целом и коленного сустава – в частности, так и сохраняющийся высокий уровень физиологического и репаративного процессов в тканях опорно-двигательной системы отражало большее количество положительных исходов хондропластики у лиц молодого (до 35 лет) возраста.

Среди способов хирургического возмещения полнослойных дефектов гиалинового хряща высокой эффективностью отличалась «мозаичная» пластика аутогенными костно-хрящевыми трансплантатами.

Таким образом, клиническая эффективность лечения больных с острыми и хроническими полнослойными дефектами гиалинового хряща зависит от характера повреждения (острое, хроническое), степени, локализации, размеров, распространённости сочетанных поверхностных и глубоких повреждений гиалинового хряща, наличия патологии других образований сустава, самого способа хондропластики и возраста пациентов.

Мартемьянов В.Ф., Аль Акбари Халед, Зборовская И.А.,

Бедина С.А., Григорянц С.Р.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ РЕВМАТИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Проведенные ранее исследования активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пурипнуклеозидфосфорилазы (ПНФ) и содержания мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови больных в неактивной фазе ревматизма выявили существенные изменения активности энзимов, проявившиеся в достоверном повышении активности ГДА, ПНФ, уровня МК и снижении активности ГЗДА и ГФ. Но при этом не учитывалось влияние на энзимные показатели недостаточности кровообращения, клинические проявления которой определялись у каждого больного.

Целью настоящей работы и явилось выяснение возможного влияния на активность энзимов недостаточности кровообращения. Под наблюдением в условиях стационара находились 37 больных в неактивной фазе ревматизма. У 5 из них определялась I стадия недостаточности кровообращения (Н-1), у 26 – Н-2А и у 6 больных – Н-2Б стадия. В сыворотке крови всех больных в процессе лечения определялась активность ГДА, ГЗДА, ПНФ, ГФ и содержание МК. Контрольную группу составили 35 здоровых людей.

У больных с Н-1 стадией при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, не выявлено существенных изменений активности энзимов и содержания МК, хотя и наблюдалась определённая тенденция к повышению активности ГДА, ПНФ и снижению активности ГЗДА и ГФ. По окончании курса лечения отмечалось снижение активности ГДА ($p<0,01$), ПНФ ($p<0,01$) и повышение до уровня нормы активности ГЗДА ($p<0,05$) и ГФ ($p<0,05$). Вместе с нормализацией активности энзимов ликвидировались и клинические проявления недостаточности кровообращения.

У больных с Н-2А стадией при поступлении на лечение выявлено повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p<0,01$) и ГФ ($p<0,01$). После проведенного курса лечения наблюдалось достоверное снижение активности ГДА, ПНФ, повышение активности ГЗДА, ГФ, и все энзимные показатели, за исключением ГДА, не имели отличий от здоровых. Лечение больных этой группы было менее эффективным,

чем предыдущей, что связано частично с более выраженными дистрофическими изменениями в миокарде и более тяжёлыми изменениями в клапанном аппарате сердца. У половины больных энзимные показатели по окончании лечения оказались на уровне больных с Н-1 стадией, а у другой половины были ближе к уровню нормы.

У больных с Н-2Б стадией при поступлении на лечение отмечено существенное повышение ($p<0,001$) активности ГДА, ПНФ, уровня МК ($p<0,01$) и снижение активности ГЗДА и ГФ ($p<0,01$). После проведенного лечения наблюдалась нормализация активности ГЗДА, ГФ, но остались повышенными активность ГДА, ПНФ и уровень МК. При индивидуальном анализе энзимных показателей выявлено, что примерно у трети больных активность энзимов, особенно ГДА и ПНФ, снизилась до показателей больных с Н-2А стадией, а у остальных больных до уровня с Н-1 стадией.

У больных с Н-1, по сравнению с Н-2А, ниже активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,05$), но выше ГЗДА ($p<0,001$) и ГФ ($p<0,05$), а по сравнению с Н-2Б, также ниже активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и выше ГЗДА и ГФ ($p<0,001$). При Н-2Б, по сравнению с Н-2А, выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и ниже активность ГЗДА и ГФ ($p<0,001$).

Таким образом, проведенные исследования выявили существенное влияние недостаточности кровообращения на активность изученных энзимов, что необходимо учитывать при диагностике активности ревматического процесса. Кроме того, изученные энзимные показатели могут способствовать уточнению стадии недостаточности кровообращения и контролю за эффективностью проводимой терапии.

*Мартемьянов В.Ф., Давидян В.С., Григорьянц С.Р.,
Стажаров М.Ю., Мозговая Е.Э.*

**АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У
БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДОПОДОБНОЙ ФОРМЫ
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**
НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Под наблюдением находились 32 больных с ревматоидоподобной формой псориатического артрита (Р ПсА), из которых 20 женщин и 12 мужчин. Средний возраст больных — $45,5\pm 2,0$ года.

Средняя продолжительность псориаза — $14,6\pm 1,1$, средняя длительность артрита — $4,22\pm 0,5$ лет. У 11 больных определялся вульгарный псориаз, распространенная форма (ВПРФ), у 15 — пустулезно-бляшечная распространенная форма (ПБРФ) и у 6 — экссудативный монетовидно-бляшечный псориаз (ЭМБП). I-я степень активности патологического процесса наблюдалась у 16 больных, II-я степень — у 12 и III степень — 4 больных. Контрольные группы составили 30 здоровых, 7 больных ревматоидным артритом (РА) с I степенью активности и 11 больных РА с II степенью активности патологического процесса. В сыворотке крови здоровых и всех больных определялась активность гуанинфосфорибозилтрансферазы (ГДА), гуанозинфосфорибозилтрансферазы (ГЗДА), пуриннуклео-

зидфосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК).

У больных ПсА с I степенью активности патологического процесса при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, в крови отмечалось повышение активности ГДА ($p<0,05$), уровня МК ($p<0,01$) и снижение активности ГФ ($p<0,01$). В связи с тем, что эта форма ПсА по своим клиническим проявлениям напоминает РА, нами были проведены сравнительные исследования активности энзимов при этих двух заболеваниях, которые показали, что у больных ПсА, по сравнению с больными РА с I степенью активности патологического процесса, ниже активность ГДА ($p<0,05$), ГФ ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), но выше активность ГЗДА ($p<0,001$). По окончании курса лечения, по сравнению с поступлением, снизилась активность ГДА ($p<0,01$), ГЗДА ($p<0,05$), повысилась ближе к уровню нормы активность ГФ ($p<0,01$). Активность практически всех энзимов не имела отличий от здоровых, только содержание МК оставалось повышенным ($p<0,05$).

У больных ПсА с ВПРФ, по сравнению с больными ПсА с ПБРФ, ниже активность ГДА ($p<0,01$) и ГЗДА ($p<0,001$). У больных с прогрессирующей стадией псориаза, по сравнению со стационарной, выше активность ГДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,01$), уровень МК ($p<0,01$), ниже активность ГФ ($p<0,01$).

У больных ПсА с II степенью активности при поступлении на лечение наблюдалось повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,05$), уровня МК ($p<0,001$) и снижение активности ГФ ($p<0,001$), а по сравнению с больными РА с II степенью активности процесса, выше активность ГЗДА ($p<0,001$), уровень МК ($p<0,001$), но ниже активность ГФ ($p<0,001$) и ПНФ ($p<0,001$). По окончании курса лечения, по сравнению с исходным этапом, наблюдалась положительная динамика всех энзимов: снизилась активность ГДА ($p<0,001$), ГЗДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,01$), повысилась активность ГФ ($p<0,001$), и все энзимные показатели, за исключением ГДА, не отличались от уровня здоровых лиц.

У больных ПсА с ПБРФ, по сравнению с больными ПсА с ЭМБП, ниже активность ГДА ($p<0,01$) и ПНФ ($p<0,05$).

У больных ПсА с III степенью активности патологического процесса при поступлении на лечение выявлено повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,05$), уровня МК ($p<0,05$) и снижение активности ГФ ($p<0,05$). После проведенного курса лечения отмечалась существенная положительная динамика всех изученных энзимных показателей: снизилась активность ГДА ($p<0,01$), ГЗДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,05$) и повысилась активность ГФ ($p<0,05$). Причем, перед выпиской показатели активности ГФ и ПНФ практически нормализовались ($p>0,05$), но активности ГДА и ГЗДА остались повышенными ($p<0,05$).

Проведенные сравнительные исследования энзимной активности крови у больных ПсА с различной активностью патологического процесса показали, что у больных с I активности процесса, по сравнению с II степенью, ниже активность ГДА ($p<0,001$), ГЗДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и выше активность ГФ ($p<0,001$), а по сравнению с III степенью, также ниже активность ГДА, ГЗДА, ПНФ и выше активность ГФ (все $p<0,001$). При II степени, по сравнению с III степенью, ниже активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,01$) и выше активность ГФ ($p<0,001$).

Таким образом, проведенные исследования активности энзимов пуринового метаболизма у больных с ревматоидоподобной формой ПсА выявили существенные изменения активности энзимов, зависящие от степени активности патологического процесса, что может способствовать их дифференциации и назначению адекватной терапии.

*Мартемьянов В.Ф., Кудряков Р.Ш., Девятаева Н.М.,
Мякишев М.В., Стажаров М.Ю.*

КЛИНИКО-ЭНЗИМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИНТЕГУМЕНТНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Под наблюдением находились 53 больных с интегументной красной волчанкой (ИКВ), у 24-х из которых определялась дискоидная красная волчанка (ДКВ) и у 29 – диссеминированная форма (ДМКВ). Среди больных ДКВ были 9 мужчин и 15 женщин. Средний возраст больных – 39.4 ± 2.2 года, средняя длительность заболевания – 4.8 ± 0.9 лет. Первичный очаг локализовался на лице у всех больных: на спинке носа – у 12 (50.0%), щеках – у 11 (45.8%) и под глазами – у 1 (4.2%). В период последнего обследования больных сочетанные поражения только носа и щек наблюдались у 18 (75.0%), носа, щек и шеи у 1 (4.2%), носа, щек и лба – у 1 (4.2%), щек и ушных раковин – у 1 (4.2%), щек и лба – у 1 (4.2%), носа, щек и слизистой полости рта – у 1 (4.2%), носа, щек и под глазами – у 1 (4.2%) больного. Среди 29 больных ДМКВ были 11 мужчин и 18 женщин. Средний возраст больных – 37.3 ± 1.6 лет, средняя продолжительность болезни – 4.43 ± 0.7 лет. Из анамнестических данных локализация первичных очагов у 19 (65.5%) была на коже лица, 4 (13.8%) – на верхней части груди, 3 (10.3%) – на спине и груди, 2 (6.9%) – на коленных суставах и у 1 (3.4%) больного – на локтевом суставе.

В период последнего обследования рассеянные множественные очаги поражения наблюдались на коже лица и верхней части груди у 19 (65.5%) больных, у 4 (13.8%) – на коже лица, груди и спины, у 3 (10.3%) – на коже лица, груди и волосистой части головы, у 1 (3.4%) – на коже лица, локтевых и коленных суставах, у 2 (6.9%) – на коже лица, груди и слизистых полости рта. Очаги кожного поражения при ДКВ были более крупными по размерам и имели тенденцию к слиянию, а при ДМКВ – очаги были более мелкими, менее инфильтрованными, за исключением локализации на коленных и локтевых суставах, где отмечались крупные эритематозные пятна с синюшным оттенком. Общими признаками для очагов поражения кожи при ДКВ и ДМКВ были эритема, инфильтрация (индурация), гиперкератоз и атрофия. Разрешение очагов начиналось с центра по направлению к периферии и заканчивалось атрофией. При ДМКВ атрофия носила поверхностный и едва заметный характер, а при ДКВ наблюдалось значительное истончение кожи, которая напоминала папиросную бумагу и легко собиралась в складки, была белого (восковидного) цвета или слегка коричневатого с образованием обезображивающих рубцов. Больных ДКВ зуд кожи, чувство жжения или покалывания в

очагах поражения определялись у 8 (33.3%) больных, артралгии у 3 (12.5%), субфебрилитет – у 6 (25.0%) больных, а у больных ДМКВ те же явления наблюдались в 75.9%, 20.7% и 51.7% случаев, соответственно. У всех больных в сыворотке крови определялись активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. У больных ДКВ при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, наблюдалось повышение активности ГДА ($P<0.05$), ПНФ ($P<0.05$) и снижение активности ГФ ($P<0.05$). У больных ДМКВ при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, выявлено значительное повышение активности ГДА ($P<0.001$), ПНФ ($P<0.001$), уровня МК ($P<0.05$), снижение активности ГЗДА ($P<0.001$) и ГФ ($P<0.001$), а по сравнению с больными ДКВ, также выше активность ГДА, ПНФ (все $P<0.001$), уровень МК ($P<0.05$) и ниже активность ГЗДА и ГФ ($P<0.001$).

Таким образом, проведенные исследования выявили ряд клинических и иммунологических особенностей у больных ДКВ и ДМКВ, способствующих их дифференциации. Несмотря на то, что изменения активности энзимов при обеих формах ИКВ происходили в одном и том же направлении, при ДМКВ они были более выраженными.

*Мартемьянов В.Ф., Левкина М.В., Абрамов Н.Б., Чернышов Е.П.,
Слюсарь О.П., Сапрыкин И.П.*

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Под наблюдением находились 15 больных, из которых 9 (60%) мужчин и 6 (40%) женщин. Средний возраст больных всей группы составил $41,9\pm3,52$ лет, мужчин – $37,8\pm3,9$ лет, женщин – $48,2\pm6,2$ лет. Средний возраст дебюта псориаза у мужчин – $28,3\pm3,6$ лет, у женщин – $38,3\pm5,3$ лет, всей группы – $32,3\pm3,2$ лет. Средняя длительность псориаза – $9,6\pm0,9$ лет. У 5 (33,3%) больных диагностирован вульгарный псориаз (ВП), у 4 (26,7%) – экссудативный монетовидно-бляшечный (ЭМБП) и у 6 (40%) – пустулезно-бляшечный псориаз (ПБП). В среднем спондилоартрит развился через $6,2\pm0,66$ лет после начала псориаза, и его длительность составила $3,13\pm0,27$ лет. Прогрессирующая стадия псориаза была у 9 (60%), стационарная стадия – у 6 (40%) больных. I степень активности патологического процесса определялась у 6 (66,7%), II-я степень – у 5 (33,3%) больных. У всех больных определялись поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника, у 5 (33,3%) – шейного отдела, у 6 (40%) – грудного отдела. Эта форма ПсА включала в себя 3 разновидности: сакроилеит – у 15 (100%), спондилит – у 8 (86,7%) и спондилоартрит – у 13 (86,7%). В данной группе больных были 7 (46,7%) пациентов с поражением внепозвоночных суставов. При рентгенологическом исследовании II-стадия поражения суставов определялась у 5 (33,3%), III-я стадия – у 4 (26,7%) и IV-я стадия – у 6 (40,0%) больных, ФНС-1 – у 5 (33,3%) и ФНС-2 – у 10 (66,7%) больных. У всех больных в

сыворотке крови определялись активности ферментов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пуриноксидофосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК). Контрольные группы были представлены 30 здоровыми, больными ревматоидным артритом – 18 человек, ВП без артрита (12 человек), ПБП без артрита (9 человек) и ЭМБП (8 человек). При поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, Пс спондилоартритом выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,001$), ГФ ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,001$) и уровня МК ($p < 0,01$); по сравнению с больными РА с I-й степенью активности, более высокая активность ГЗДА ($p < 0,001$) и низкая активность ПНФ ($p < 0,001$); по сравнению с больными РА с II степенью, ниже активность ГДА, ГФ, ПНФ (у всех $p < 0,001$), но выше активность ГЗДА ($p < 0,001$) и уровень МК ($p < 0,05$). По окончании курса лечения наблюдалась положительная динамика всех ферментных показателей, и активность ГЗДА и ГФ, практически, нормализовалась, но активность ГДА, ПНФ и содержание МК оставались повышенными. У больных спондилитом, по сравнению со спондилоартритом, ниже активность ГДА, ГЗДА и ПНФ (у всех $p < 0,05$). У больных с системными поражениями, по сравнению с суставной формой, выше активность ГДА ($p < 0,05$), ГЗДА ($p < 0,01$) и ПНФ ($p < 0,01$). При II-й стадии поражения суставов, по сравнению с III-й, ниже активность ГДА ($p < 0,05$) и ГЗДА ($p < 0,05$), а по сравнению с IV-й, ниже активность ГДА, ГЗДА, и ПНФ (у всех $p < 0,05$). У больных с ФНС-1, по сравнению с ФНС-2, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ГЗДА ($p < 0,01$) и ПНФ ($p < 0,001$). У больных ПсА с ВП, по сравнению с ВП без артрита, выше активность всех ферментов ($p < 0,001$). У больных ПсА с ПБП, по сравнению с больными ПБП без артрита, также выше активность всех ферментов ($p < 0,001$). У больных ПсА с ЭМБП, по сравнению с ЭМБП без артрита, выше активность всех ферментов ($p < 0,001$) и уровень МК ($p < 0,05$). При ПсА с ВП, по сравнению с больными ПсА с ПБП, ниже активность ГДА, ГЗДА, ПНФ (все $p < 0,05$) и выше ГФ ($p < 0,5$), а по сравнению с больными ПсА с ЭМБП, ниже активность ГДА ($p < 0,05$), ГЗДА ($p < 0,01$) и ПНФ ($p < 0,05$). При прогрессирующей стадии псориаза, по сравнению со стационарной, выше активность ГДА, ГЗДА ($p < 0,05$) и ПНФ ($p < 0,01$). У больных ПсА с I-й степенью активности патологического процесса, по сравнению со II-й, ниже активность ГДА, ГЗДА ($p < 0,001$), ГФ и ПНФ ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования у больных псориатическим спондилоартритом выявили существенную зависимость активности ферментов пуринового метаболизма от формы и стадии псориаза, ФНС, Стадии поражения суставов и степени активности патологического процесса.

*Мартемьянов В.Ф., Морозова Т.А., Зборовская И.А., Аль Агбари
Халед, Некрасова С.П.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЗИМНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Заимствованные от западноевропейских и американских ревматологов термины «острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)», «хронические ревматические болезни сердца» вместо общепринятых отечественными ревматологами диагнозов активного и неактивного ревматизма, первичного и возвратного ревмокардита внесли некоторую неопределенность в статистические исследования распространенности и заболеваемости ревматизмом. Данные медицинской статистики последних лет по России (1991 – 2000 г) свидетельствуют о некоторой стабилизации распространенности ревматизма, которая составила 0,22 случая на 1000 населения, но в то же время имеется определенный рост ревматических пороков сердца (Насонова В.А., 1991; Насонова В.А. и др., 2003). То есть, имеется неопределенная ситуация, при которой нет роста ОРЛ, количество больных с ревматическими пороками сердца, впервые выявленных, увеличивается. Причем, выявляются эти пороки в 30-40 лет, то есть в возрасте не очень предрасположенному к возникновению первичного ревматизма или ОРЛ. Вероятно, что здесь можно предполагать, что первичная атака ревматизма не была столь выраженной по типу ОРЛ с полным набором диагностических критериев Киселя-Джонса-Нестерова и была недооценена как больным, так и врачом при возможном обращении к нему больного. Имеется много данных о том, что современное течение ревматизма, особенно возвратного, характеризуется маломанифестными клиническими проявлениями на фоне слабовыраженных изменений клинико-иммуно-биохимических показателей крови. Поэтому проблема диагностики минимальной активности ревматического процесса, особенно на фоне недостаточности кровообращения, является весьма актуальной, так как тактика лечения больных в активной и неактивной фазе различная. Под нашим наблюдением в условиях стационара наблюдались 67 больных ревматизмом, диагноз у которых не вызвал сомнений. У всех больных имелись приобретенные пороки сердца. Среди больных были 17 (25,4%) мужчин и 50 (74,6%) женщин. Средний возраст больных – $50,8 \pm 1,35$ лет. Средняя длительность болезни – $16,7 \pm 1,25$ лет. Контрольные группы: 1. Больные с неактивной фазой ревматизма – 37 чел. 2. Здоровые – 35 чел.

Учитывая, что в патогенезе ревматизма важное значение имеет иммунологический компонент, а в регуляции иммунологических процессов участвуют пуриновые метаболиты и ферменты, регулирующие их концентрацию, мы считаем достаточно перспективным направлением в ревматологии изучение активности ферментов пуринового метаболизма. Исходя из этого мы провели исследования активности гуанинфосфорилазы (ГФА), гуанозинфосфорилазы (ГЗФА), пуриноксидифосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) в сыворотке крови здоровых и больных ревматизмом. Активность ГФА у здоровых составила $1,11 \pm 0,04$ МЕ, ГЗФА – $2,35 \pm 0,08$ МЕ, ПНФ – $0,87 \pm 0,03$ МЕ, ГФ – $1,9 \pm 0,08$ мкмоль/л/с. У больных с минимальной активностью ревматиче-

ского процесса при поступлении на лечение выявлено существенное повышение активности ГДА ($1,79 \pm 0,02$, $p < 0,001$), ПНФ ($1,35 \pm 0,02$, $p < 0,001$), ГФ ($2,78 \pm 0,04$, $p < 0,001$) и снижение активности ГЗДА ($1,57 \pm 0,03$, $p < 0,001$).

У больных в неактивной фазе ревматизма обнаружено повышение активности ГДА ($1,52 \pm 0,02$, $p < 0,001$), ПНФ ($1,03 \pm 0,02$, $p < 0,001$), снижение активности ГЗДА ($2,06 \pm 0,03$, $p < 0,001$) и ГФ ($1,62 \pm 0,03$, $p < 0,01$).

Сравнение энзимных показателей больных ревматизмом показало, что у больных с минимальной активностью процесса, по сравнению с неактивной фазой, выше активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), ГФ ($p < 0,001$) и ниже активность ГЗДА ($p < 0,001$). Причем, весьма характерным является факт снижения активности ГФ при неактивной фазе и её значительное повышение уже при минимальной активности ревматического процесса. Таким образом, проведенные исследования показали, что исследования активности энзимов пуринового метаболизма в комплексе с клиническими данными могут способствовать выявлению минимальных проявлений активности ревматического процесса и дифференциации активной и неактивной фаз болезни.

*Маслакова Л.А., Кочнева Л.И., Гонтарь И.И., Никитин М.В.,
Александров А.В., Трубенко Ю.А., Емельянов Н.И., Зборовский А.Б.*

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ФИБРОНЕКТИНУ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ

Роль фибронектина (ФН) в патогенезе ревматических заболеваний (РЗ) является сегодня одним из наиболее дискуссионных вопросов. Ревматологические аспекты проблемы связаны прежде всего с многообразием функций этого высокомолекулярного гликопротеида, а также его способностью, как и ряда других компонентов плазмы и соединительнотканного матрикса, индуцировать аутоиммунный процесс, при котором специфические иммуноглобулины могут вызывать деструкцию соединительной ткани.

Научная и методическая сложность изучения функционального и клинического значения ФН обусловлена особенностями его строения, в частности, наличием в его структуре специализированных участков – доменов, избирательно взаимодействующих с различными веществами. Наличие свободных коллагеновых доменов определяет функциональную активность ФН, так как именно в этих участках происходит истинное связывание антител (АТ) к ФН посредством Fab- фрагментов.

Цель исследования: изучение содержания АТ к ФН в сыворотках крови больных РЗ методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка 36 практически здоровых лиц, 68 больных ревматоидным артритом (РА), 36 больных системной красной волчанкой (СКВ) и 25 больных системной склеродермией (ССД). Больные РА по степени активности распределились следующим образом: I степень – 10 человек (15%), II степень – 41 (60%), III – 17 (25%). Из больных СКВ 5 человек (14%) имели I степень активности заболевания, 22 (61%) – II степень и 9 человек (25%) – максимальную степень активности патологического процесса. Среди больных ССД 10 человек (40%) имели I

степень активности патологического процесса и 15 (60%) - II степень. Анти-тела к ФН определялись в классическом варианте ИФА. Полученные результаты выражались в единицах оптической плотности (е.о.п.).

Результаты. При исследовании сывороток крови здоровых лиц уровень АТ к ФН составил $0,03 \pm 0,01$ е.о.п. Повышенные уровни АТ к ФН в ELISA-тесте выявлены у 13 (19%) больных РА, 14 (39%) больных СКВ и 8 (32%) больных ССД.

При РА выраженность антителогенеза к ФН зависела от активности заболевания ($p < 0,05$) и наличия внесуставных проявлений ($p < 0,02$).

У больных СКВ уровень АТ к ФН достоверно зависел от активности патологического процесса в группе больных с поражением почек ($p < 0,05$).

При ССД со II степенью активности высокие уровни АТ к ФН определялись в 40% случаев и ассоциировались с поражением легких и сердечно-сосудистой системы.

Выводы: Таким образом, определение АТ к ФН позволяет расширить имеющиеся представления о патогенезе РА, СКВ, ССД и может быть использовано для усовершенствования методов их иммунологической диагностики.

Матюхина Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ МАЛОЙ ХОРЕЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет

Гиперкинезы детского возраста являются актуальной проблемой неврологии и практически облигатно сопровождаются синдромом вегетативной дистонии. Частота встречаемости данной патологии по данным отечественных и зарубежных авторов составляет от 4% до 24%. Малая хорея или хорея Сиденхема - гиперкинез в виде насильственных движений в конечностях, туловище и лице, потливостью, головокружениями и др. Основным этиопатогенетическим фактором развития является стафилококковая инфекция (ревматизм, ангины, хронический тонзиллит и др.). Как правило, применение нейролептиков и транквилизаторов для лечения гиперкинезов при малой хорея, осложняется развитием нейрорегистического синдрома и увеличивает выраженность симптомов СВД. Это приводит к необходимости разработки новых методов терапии гиперкинезов, свободных от нежелательных осложнений.

Цель исследования: изучить эффективность применения транскраниальной электростимуляции (ТЭС) эндорфинных структур мозга на выраженность синдрома вегетативной дистонии при гиперкинезах.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 23 подростка с хореоформными гиперкинезами в возрасте от 11 до 16 лет. При клинико-неврологическом исследовании наиболее частыми симптомами в исследуемой группе являлись: мигание, поднятие бровей, причмокивания, шмыгание носом, гримасы, вычурные движения в конечностях (78,2%). Вокализация отмечалась в 5 случаях (21,7%). В 100% случаев выявлялись симптомы вегетативной дисфункции.

Степень тяжести гиперкинезов оценивалась по шкале Чутко (2003) в баллах. Интегральный показатель тяжести заболевания определялся путем суммации баллов по показателям. Выраженность СВД оценивалась по схеме для выявления вегетативной дисфункции (Вейн А.М., 1998). Таким образом, легкая степень составила 3-4 балла (6 случаев - 26%), средняя - 5-7 баллов (12 случаев - 52,1%), тяжелая - 8 и более (5 случаев - 21,7%). При ЭЭГ-исследовании в большинстве случаев отмечались умеренные или средней тяжести диффузные изменения в виде признаков дисфункции срединных структур, ирритативных проявлений. Сеансы ТЭС проводились аппаратом «Трансаир - 01» полипрограммным, по стандартной методике, с частотой - 77,5 Гц, длительностью импульса - 3,5 мс, при силе тока - 1-2 мА. Критериями подбора индивидуального режима лечения являлись переносимость процедур и явления положительного клинического эффекта. Длительность сеанса составляла 30 минут, курс включал 10 сеансов. Положительная динамика отмечалась с 3-5 сеанса. Нежелательных побочных эффектов не наблюдалось.

Результаты: после проведения лечения с помощью ТЭС клиническое улучшение наступило у 20 подростков (86,9%). При катamnестическом наблюдении в течение последующих 6 месяцев полная ремиссия была выявлена у 7 подростков (30,4%), субремиссия сохранялась у 10 пациентов (43,4%). Улучшение состояния подростков этой группы по шкале Чутко составило в среднем 5 ± 2 балла. Симптомов вегетативной дисфункции не наблюдалось. У 3 пациентов гиперкинезы наблюдались, однако выраженность симптомов СВД была значительно меньшей.

Выводы: полученные **результаты** показывают, что лечение синдрома вегетативной дистонии у подростков с хореоформными гиперкинезами методом транскраниальной электростимуляции эндорфинных структур мозга высокоэффективно и не имеет побочных эффектов.

Мирошникова В.В.

ЦЕФАЛГИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, г. Волгоград

Головная боль является одним из наиболее частых болезненных состояний человека. Она наблюдается у 80% трудоспособного населения европейских стран и занимает третье место по распространённости после болей в спине и суставных болей. Одним из наименее изученных вариантов первичных цефалгий является хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ). Распространённость данного заболевания в популяции составляет 2 - 4 %. Эта форма головной боли в наибольшей степени снижает качество жизни больных и является самой частой причиной длительной нетрудоспособности, дезадаптации в профессиональной и повседневной жизни. ХЕГБ как коморбидный симптом, входящий в клиническую картину первичной фибромиалгии (ПФМ), является не изученным.

Цель: изучить частоту, клинический полиморфизм цефалгий, ассоциирующихся с ПФМ.

Методы: клинико-неврологический, нейроофтальмологический, рентгенологический, при необходимости – магнитно-резонансно-томографический.

Данные методики позволяли исключить вторичный (органический) характер головных болей. Исследовались пороги болевой чувствительности (ПБЧ), уровень депрессии с помощью шкалы Бека, наличие и степень выраженности синдрома вегетативной дистонии с использованием «Вопросника для выявления признаков вегетативных нарушений» и «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений». Результаты сопоставлялись у 120 больных с ПФМ и 90 пациентов с первичными цефалгиями без признаков ПФМ.

Результаты: в основной группе наиболее часто (в 50,9%) случаев регистрировалась хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ). При тщательном динамическом анализе установлено, что у 20,1% пациентов имеется трансформированная мигрень (ТМ), у 30,8% больных – хроническая головная боль напряжения (ХГБН). В 43,3% случаев выявлялась отчетливая роль абюзного фактора, одной из ведущих причин формирования которого являлся недифференцированный подход к лечению мигрени (М) и эпизодической головной боли напряжения (ГБН), злоупотребление анальгетиками. В контрольной группе ХЕГБ выявлена лишь в 18% случаев, М – у 16,7% больных. У остальных имела ГБН. Пороги болевой чувствительности в основной группе были достоверно ниже, чем в контрольной. В обеих группах цефалгиям облигатно сопутствовал синдром вегетативной дистонии. Однако, степень его выраженности в основной группе была достоверно выше и имела максимальные значения у пациентов с ХЕГБ. При исследовании уровня депрессии зафиксированы высокие оценки по шкале Бека в основной группе. В контрольной – преобладали пациенты с умеренной и мягкой депрессией.

Выводы: в отличие от изложенных в литературе данных о наиболее частой ассоциации ПФМ с мигренью и головной болью напряжения, наиболее распространенной формой является хроническая ежедневная головная боль. Данная группа больных имеет более высокую степень сенсорной дисфункции, выраженности синдрома вегетативной дистонии и эмоциональных нарушений. Феноменологический анализ цефалгий в структуре ПФМ позволяет индивидуализировать терапевтические программы и предотвратить переход в абюзные формы.

*Мозговая Е.Э., Григорянц С.Р., Давидян В.С., Стажаров М.Ю.,
Мартемьянов В.Ф.*

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ И ЭНЗИМЫ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Псориатический артрит (ПсА) является своеобразным заболеванием суставов, входящим в номенклатуру ревматических болезней, и в то же время данная патология является одним из клинических проявлений псориаза, относящегося к кожным заболеваниям. Подобная нозологическая двойственность обуславливает множество сложностей в диагностике и ведении больных как для ревматологов, так и дерматологов. Одни исследователи признают патогенетическую связь псориаза и артрита, другие рассматривают подобный феномен как сочетание псориаза с ревматоидным артритом, остеоартрозом, анкилозирующим спондилоартритом, болезнью Рейтера (Су-

ворова и др., 1976; Антоньев и др., 1977; Скузьяк и др., 1988). Известно, что у больных РА псориаз обнаруживается в 3% случаев, а кожные заболевания встречаются в 5 раз чаще, чем у здоровых (Довжанский и др., 1992). В последние годы появились работы, свидетельствующие об участии в патогенезе ПсА не только генетических факторов, но и иммунологических механизмов, нарушений клеточного и гуморального иммунитета, пуринового метаболизма (Трушина, 1983; Шахтмейстер, 1995; Маркушева, 1998). Учитывая, что пуриновые метаболиты существенно влияют на созревание и дифференциацию иммунокомпетентных клеток, а ферменты пуринового обмена участвуют в регуляции его метаболитов, представлялось достаточно перспективным изучение активности ферментов пуринового метаболизма для выяснения их возможной роли в патогенезе ПсА, чему и посвящена настоящая работа.

Под наблюдением находились 97 больных ПсА. Диагноз верифицировался на основании диагностических критериев Матиса, дополненных и переработанных сотрудниками НИИ ревматологии РАМН (Матис Н., 1974; Насонова В.А. и др., 1989) критериями исключения служили: отсутствие псориаза, серопозитивность по РФ, ревматоидные узелки, тофусы, связь с кишечной или урогенитальной инфекцией. Среди больных были 55 (56,7%) женщин и 42 (43,3%) мужчины. Средний возраст больных составил $43,5 \pm 1,31$ лет. У всех больных имелись кожные проявления псориаза, длительность которого у женщин $12,8 \pm 0,89$ лет, у мужчин $11,7 \pm 10,81$ лет. Вульгарный псориаз определялся у 59 (60,8%) больных, пустулезно-бляшечный – у 28 (28,9%) и экссудативный монетовидно – бляшечный псориаз у 10 (10,3%), больных. Дебют псориаза у женщин проявился в $32,5 \pm 1,8$ лет, у мужчин – в $29,6 \pm 1,9$ лет. Длительность артрита составила $3,71 \pm 0,22$ года, а его появление произошло в среднем через $8,71 \pm 0,44$ лет после возникновения кожных поражений. У 56 (57,8%) больных ПсА определялась I-я степень активности патологического процесса, у 34 (35,1%) – II-я степень и у 7 (7,2%) больных – III-я степень активности. Экстраартикулярные поражения выявлены у 54 (55,7%) больных.

I – я стадия поражения суставов установлена у 17 (17,5%) больных, II-я у 34 (35,1%), III – я стадия у 19 (19,6%) и IV – я стадия – у 11 (11,3%) больных. ФНС – 0 определялась у 10 (10,3%) больных, ФНС – 1 – у 41 (42,3%) и ФНС – 2 степень – у 46 (47,4%). У всех больных и 30 здоровых лиц (контрольная группа) в сыворотке крови определялись активности ферментов: гуанинфосфорилазы (ГФА), гуанозинфосфорилазы (ГЗФА), пуриноксидифосфорилазы (ПНФ), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и содержание мочевой кислоты (МК).

При поступлении на лечение у больных, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГФА ($p < 0,01$), ГЗФА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,001$), содержания МК ($p < 0,001$), и снижение активности ГФ ($p < 0,05$). По окончании курса лечения отмечалось достоверное снижение активности ГФА, ГЗФА, ПНФ, уровня МК и повышение активности ГФ, но по сравнению со здоровыми, активность ГФА, ПНФ оставалась повышенной, а ГФ – сниженной.

Таким образом, проведенные исследования выявили существенные изменения активности ферментов пуринового метаболизма у больных псориатическим артритом, что возможно указывает на их участие в патогенезе ПсА.

Немцов Б.Ф., Симонова О.В., Политова Н.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРОСПИДИНОМ И МЕТОТРЕКСАТОМ И КОМБИНАЦИИ МЕТОТРЕКСАТА И НИЗКИХ ДОЗ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров. Россия

Цель. Провести сравнительный анализ клинической эффективности комбинированной терапии проспидином (П) и метотрексатом (МТ) и комбинации МТ и низких доз преднизолона (менее 10 мг/сутки) у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Исследование проведено у 144 больных достоверным РА. 75 больных (I группа) получали комбинированную терапию П в дозе 200-300 мг/нед. в/в капельно на 200 мл. 5% глюкозы N4 в стационаре и МТ в дозе 10 мг/нед в/м. Поддерживающую терапию проводили – П в дозе 100-200 мг/нед. в/м, доза МТ оставалась прежней. 69 больных (II группа) получали терапию МТ в дозе 10 мг/нед в/м и преднизолон 10 мг/сут. Группы больных были сопоставимы по основным клиническим показателям. Среди больных, включенных в исследование, преобладали женщины, 4-5 десятилетия жизни, большинство больных были серопозитивны по РФ. У всех больных был полиартритический вариант суставного синдрома. Больные имели только умеренную или высокую степень активности, в том числе по индексу активности DAS 28. Оценку клинической эффективности и лабораторное обследование проводили после окончания стационарного этапа лечения и через 3, 6, 12,18,24,36 месяцев поддерживающей терапии.

Полученные результаты. Комбинированная терапия П и МТ уступала по эффективности комбинированной терапии МТ и низкими дозами преднизолона на ранних этапах (1-3 мес.). В процессе длительной поддерживающей терапии (12-36 мес.) влияние способов лечения на клинические показатели ревматоидного воспаления было вполне сопоставимо. Улучшение на уровне ACR 20% наблюдалось у большинства больных в обеих группах на всех этапах наблюдения. Но комбинированная терапия П и МТ, по сравнению с терапией МТ и низкими дозами преднизолона, реже приводила к улучшению на уровне ACR 50 и 70% на стационарном этапе (58,6% и 62,5% соответственно). В процессе поддерживающей терапии ACR 50 и 70% отмечалось у 52,5% больных первой группы и у 53,6% второй. Комбинированная терапия МТ и преднизолоном несколько чаще (20,3%) приводила к ремиссии заболевания, чем терапия П и МТ (18,7%). Оба способа лечения в нашем исследовании приводили к достоверному снижению уровня СОЭ, СРБ, РФ и ЦИК ($p<0,001$) и улучшали показатели HAQ, теста Lee ($p<0,001$) и качество жизни больных по SF-36 ($p<0,001$) на всех этапах наблюдения. Комбинированная терапия П и МТ, по сравнению с терапией МТ и преднизолоном, приводила к снижению суточной дозы преднизолона у большинства больных (55,5%) и позволяла отменить его полностью у 5 пациентов (27,8%) с небольшим стажем стероидозависимости (1-3 года). В процессе комбинированной терапии МТ и низкими дозами преднизолона снизить дозу преднизолона к 36 месяцу лечения удалось лишь у 14,3% больных, отменить полностью – у 16,1%, а 9 (16,1%) больным в связи с нарастанием активности дозу стероидов пришлось увеличить. Оба способа лечения приводили к

замедлению суставной деструкции при РА по количеству эрозий и коэффициентам костной и хрящевой деструкции ($p < 0,001$). Побочные действия выявлены у 33,3% больных, получавших терапию П и МТ и у 31,9% пациентов, принимавших МТ и преднизолон. Частота отмен препаратов в сравниваемых группах из-за лекарственной токсичности была сопоставима (18,7% и 18,8%). Отмен из-за отсутствия эффекта не было.

Выводы. Комбинированная терапия П и МТ на ранних этапах уступает по эффективности, а по отдаленным результатам лечения сопоставима с лечением МТ и низкими дозами преднизолона.

*Никитина Н.В., Зборовская И.А., Заводовский Б.В., Юшкова Г.В.,
Труштина Н.Б.*

ОСТЕОПОРОЗ КАК ОТДАЛЕННОЕ ПОСЛЕДСТВИЕ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, КБ №3 ГУ «ЮОМЦ» МЗ РФ

Всесторонний анализ здоровья ликвидаторов ЧАЭС (ЛЧАЭС) показывает, что большинство из них отмечает появление болей в трубчатых костях, позвоночнике после ликвидационных работ. В литературе имеются данные об отрицательном влиянии ионизирующего излучения на метаболические процессы в костной ткани. Это позволяет считать ЛЧАЭС группой риска по развитию остеопороза. Для изучения радиационных последствий Чернобыльской аварии когорты ликвидаторов представляет особый интерес, так как имеет наиболее достоверные медико-дозиметрические данные. Дозы, полученные ликвидаторами за относительно короткий промежуток времени (1,2 месяца), в основном превышают прогнозируемые пожизненные дозы для населения, проживающего на загрязненных территориях. Вследствие этого динамика проявлений отдаленных стохастических эффектов воздействия радиации во времени должна быть для когорты ликвидаторов более интенсивной, чем для населения, проживающего на загрязненных территориях.

Цель исследования: изучение распространенности остеопенического синдрома у ЛЧАЭС.

Материалы и методы: было обследовано 160 мужчин в возрасте от 34 лет до 67 лет. Все обследованные являются участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-89 годах. Минеральная плотность кости определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). Из биохимических маркеров костного метаболизма определялись концентрация остеокальцина в сыворотке крови, cross lars в моче (иммуноферментный метод, OSTEOMETER, Дания), уровень кальция, кислой фосфатазы и щелочной фосфатазы в сыворотке крови и креатинина в моче.

Результаты: У 52 (32,5%) из обследованных лиц был диагностирован остеопенический синдром, сопровождающийся жалобами на боли в костях и патологическими переломами костей в анамнезе, возникшими после работ в

Чернобыле. Отмечалась локальная болезненность в трубчатых костях у 40% обследованных. При обследовании были выявлены симптомы гипокальциемии: многих ликвидаторов беспокоили чувство онемения, «ползания мурашек», судороги в нижних конечностях. Интенсивность болей, частота выявления остеопороза, выраженность гипокальциемии была сильнее у тех ликвидаторов, которые участвовали в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 году и у лиц, получивших большую дозу ионизирующего излучения. Для уточнения функциональной активности остеокластов и остеобластов были изучены маркеры костного метаболизма. Концентрация остеокальцина при остеопеническом синдроме была снижена, при нормальной минеральной плотности кости оставалась в пределах нормы. Уровень cross laps в моче был в пределах нормы у всех обследованных. Эти результаты могут говорить о том, что ОП у ЛЧАЭС протекает с низким костным обменом.

Таким образом, остеопенический синдром является распространенным заболеванием среди ЛЧАЭ его ранняя диагностика может помочь снизить число патологических переломов у данной категории больных. Клинически остеопороз сопровождается развитием переломов, болями в костях, снижением мышечной силы, симптомами гипокальциемии, протекает с низким костным обменом (с нормальной функцией остеокластов и пониженной функцией остеобластов).

Нурмухаметова Р.А., Давлетишин Р.А., Сафина А.З.,

Давлетишина Р.А.

ВЛИЯНИЕ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА НА КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа,
республика Башкортостан

Патогенез остеопенического синдрома при ревматоидном артрите сложен. В его развитии участвуют такие факторы, как активность иммунновоспалительного процесса, степень ограничения движений в суставах, терапия глюкокортикостероидами и другие. Все эти факторы способствуют формированию отрицательного кальциевого баланса. Выявление дополнительных факторов развития остеопенического синдрома у больных ревматоидным артритом и попытки разработки методов профилактики и лечения являются актуальной проблемой ревматологов.

Цель исследования: Изучить влияние соматотропного гормона на состояние кальциевого обмена у больных ревматоидным артритом по уровню общего и ионизированного кальция в крови, суточной экскреции кальция с мочой, а также оценить возможность использования бромкриптина для коррекции кальциевого обмена.

Материалы и методы: Обследовали 28 больных с умеренной (15 человек) и высокой (13 человек) степенью активности ревматоидного процесса в возрасте от 19 до 72 лет. 7 человек принимали глюкокортикостероиды. Содержание соматотропного гормона оценивали радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов, уровень общего и ионизированного кальция в крови и в суточной моче – биохимическим методом до и

после приема бромокриптина в течение трех дней по 2,5 мг 3 раза в день. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц соответствующего возраста и пола.

Результаты и их обсуждение: У преобладающего числа больных ревматоидным артритом (26 человек) выявили повышение уровня соматотропного гормона в сыворотке крови ($p < 0,05$), выраженное повышение ($p < 0,001$) у больных с высокой степенью активности заболевания и у всех больных, получающих глюкокортикостероиды.

Гипокальциемия ($p < 0,05$) была выявлена у 9 больных с высокой степенью активности с длительностью заболевания более 5 лет и в группе больных, получающих глюкокортикостероиды. У 16 больных с высоким уровнем соматотропного гормона мы выявили достоверное ($p < 0,01$) ускорение экскреции кальция с мочой до лечения бромокриптином преимущественно в группе больных, получающих глюкокортикостероидную терапию. Выявляется прямая корреляционная связь между уровнем соматотропного гормона и экскрецией кальция с мочой ($r = 0,61$). После кратковременного приема бромокриптина почти у всех больных (14 человек) наблюдалась нормализация кальциевого обмена.

Известно, что соматотропный гормон ускоряет экскрецию кальция с мочой, замедляя его реабсорбцию в почечных канальцах. Возможно, бромокриптин, как дофаминомиметик, снижая уровень соматотропного гормона, способствует нормализации кальциевого обмена.

Выводы: у больных ревматоидным артритом с высоким уровнем соматотропного гормона определяется отрицательный кальциевый баланс, который нормализуется после кратковременного приема бромокриптина. Влияние бромокриптина на активность ревматоидного процесса и на кальциевый обмен требует дальнейшего изучения.

Петров Д.Ю., Деревянко Л.И., Новочадов В.В., Маланин Д.А.,

Черезов Л.Л.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОТОКСИКОЗ КАК ФАКТОР РИСКА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ

ВолГМУ, Волгоградский научный центр РАМН и АВО, ММУ ГKB №25

Эндоотоксикоз в настоящее время рассматривается как многокомпонентный патологический процесс, воздействующий не только на так называемые структуры – «мишени», но и на большинство органов и систем.

Влияние хронической интоксикации на ткани суставов остаётся малоизученной проблемой.

Целью настоящего исследования являлось выявление частоты различных признаков хронического эндоотоксикоза у 102 пациентов (мужчин – 24, женщин – 78) в возрасте от 18 до 91 года, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ММУ №25.

В результате анализа данных общеклинического и лабораторных исследований больных были выявлены:

- признаки хронической печёночной недостаточности - 25,5%,
- признаки хронической почечной недостаточности - 28%,
- эндокринопатии и клинически значимые нарушения метаболизма - 33%,

- хроническая интоксикация (алкоголизм и наркотическая зависимость) - 1%,
 - хроническая недостаточность дыхания или кровообращения (с хронической тканевой гипоксией) - 35%,
 - хроническая бактериальная инфекция и дисбактериоз - 24%.
- При этом в 36% наблюдений присутствовали 3 и более признака хронического эндотоксикоза.

Из них:

- печёночная, почечная недостаточность, недостаточность дыхания или кровообращения - 25%,
- бактериальная инфекция и дисбактериоз, почечная недостаточность, недостаточность дыхания или кровообращения - 28%,
- эндокринопатии и клинически значимые нарушения метаболизма, недостаточность дыхания или кровообращения, почечная недостаточность - 33%,
- печёночная, почечная недостаточность, эндокринопатии и клинически значимые нарушения метаболизма, недостаточность дыхания или кровообращения - 14%.

Системное воздействие факторов эндотоксикоза подтверждалось преобладанием в структуре дистрофической патологии наблюдений с множественным поражением суставов (61%) над локализованными или преимущественными формами заболевания одного крупного сустава (39%).

Полученные данные свидетельствуют о существующей взаимосвязи между наличием источников хронической интоксикации организма и дистрофическим поражением тканей суставов. Механизмы развития этого патологического процесса требуют более углубленного изучения на экспериментальном и клиническом материале.

Полянцев А.А., Мозговой П.В. Фролов Д.В., Мунсар Аль-Джабри

ВЛИЯНИЕ НЕПРЯМОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОКИСЛЕНИЯ КРОВИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМО- СТАЗА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ

ВолГМУ, кафедра общей хирургии им. А.А. Полянцева

Цель исследования: оценить эффективность воздействия метода непрямого электрохимического окисления крови (НЭХОК) на показатели гемореологии у пациентов с облитерирующим тромбангиитом нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование вошло 30 пациентов, страдающих облитерирующим тромбангиитом. Все пациенты получали базисную терапию: аспирин 0,125 г 1 раз в сутки, реополиглюкин 400 мл 1 раз в сутки, трентал 0,2 г 1 раз в сутки. Больным, вошедшим в основную группу (15 человек), на фоне вышеуказанной базисной терапии проводился курс НЭХОК путем внутривенного введения 0,03 % раствора натрия гипохлорита (НГХ) (суточная доза 2 мг/кг). Раствор вводили в подключичную вену 1 раз в сутки. Курс состоял из 5 последовательных ежедневных инфузий. Всем пациентам до начала курса консервативной терапии и после его окончания иссле-

довали состояние системы гемореологии, а именно агрегационную активность тромбоцитов и эритроцитов по методу G. Born; осуществляли подсчет тромбоцитов и определяли их форму, оценивали антиагрегационную активность сосудистой стенки по методу К.М. Лапкина и В.П. Балуды, оценивали вязкость крови при семи скоростях сдвига в диапазоне от 10 до 200 с^{-1} .

Результаты исследования. Во время исследования были выявлены более выраженные сдвиги в системе гемореологии у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля. В контрольной группе число тромбоцитов сферической формы увеличилось на 11,37 % ($p > 0,05$), а в группе с НЭХОК на 14,70 % ($p < 0,05$). При исследовании функциональной активности тромбоцитов обнаружено ее снижение в обеих группах. Менее выраженная индукция данного процесса была отмечена в группе больных, которым вводился НГХ. В группе с НЭХОК степень агрегации уменьшалась при реакции с АДФ в конечной концентрации 5×10^{-6} М/л на 14,83 %, эта разница была достоверно выше чем в контрольной группе. Выявлено, что эндотелий бедренной артерии больных, которые в предоперационном периоде получали курс НЭХОК, обладает большей способностью ингибировать АДФ - индуцированную агрегацию тромбоцитов. Так, снижение степени агрегации тромбоцитов в основной группе превосходит таковую в контрольной на 35,97% ($p < 0,001$). Степень агрегации эритроцитов в основной группе уменьшалась на 46,48 % ($p < 0,001$), а в контрольной на 21,07 % ($p < 0,05$). Вязкость крови достоверно снижалась как в контрольной, так и в опытной группе. При скорости сдвига 200с^{-1} вязкость крови снижалась в группе НЭХОК на 2,14 сПз ($p < 0,001$), в контрольной на 1,13 сПз ($p < 0,01$), при скорости сдвига 100с^{-1} вязкость крови снижалась в группе НЭХОК на 2,11 сПз ($p < 0,001$), в контрольной на 1,08 сПз ($p < 0,01$), при скорости сдвига 80с^{-1} вязкость крови снижалась в группе НЭХОК на 2,04 сПз ($p < 0,001$), в контрольной на 1,20 сПз ($p < 0,01$), при скорости сдвига 60с^{-1} вязкость крови снижалась в группе НЭХОК на 2,54 сПз ($p < 0,001$), в контрольной на 1,24 сПз ($p < 0,01$), при скорости сдвига 40с^{-1} вязкость крови снижалась в группе НЭХОК на 2,34 сПз ($p < 0,001$), в контрольной на 1,55 сПз ($p < 0,01$), при скорости сдвига 20с^{-1} вязкость крови снижалась в группе НЭХОК на 4,56 сПз ($p < 0,001$), в контрольной на 2,50 сПз ($p < 0,01$).

Выводы. НЭХОК оказывает полинаправленное действие на систему гемореологии у больных облитерирующим тромбангиитом, позволяя уменьшить агрегационную активность форменных элементов крови, увеличить простациклиновую активность сосудистой стенки и уменьшить вязкость крови. НЭХОК целесообразно включать в курс консервативной терапии у больных облитерирующим тромбангиитом нижних конечностей.

Полянцев А.А., Мозговой П.В. Фролов Д.В., Мунсар Аль-Джабри.
**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ГЕМОРЕОЛОГИИ
У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ
ТРОМБАНГИИТОМ**

ВолГМУ, кафедра общей хирургии им. А.А. Полянцева

Цель исследования: выявить зависимость между выраженностью воспалительного процесса при тромбангите и состоянием систем геморологии и гемостаза.

Материалы и методы: В исследование вошло 39 пациентов, страдающих облитерирующим тромбангиитом, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии клиники общей хирургии им. А.А. Полянцева. В зависимости от активности воспалительного процесса пациента были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из пациентов, находящихся в стадии ремиссии (общая сумма баллов индекса клинической активности васкулита (ИКAB) по R.A. Luqmain et al. (1994 г.) была 0 или 1). Во второй группе пациенты находились в стадии обострения, где сумма баллов колебалась от 2 до 16.

Всем пациентам осуществлялось исследование гемостаза и гемореологии. Агрегационную активность форменных элементов крови изучали на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов (модель 220 LA, Россия). Исследование тромбоцитов осуществляли по методу G. Born (1962) в модификации З.А. Габбасова и соавт. (1989), эритроцитов по методу, предложенному В.А. Люсовым (1993). Антиагрегационная активность сосудистой стенки по способу К.М. Лапкина и соавт., 1981 г. Из методов, характеризующих систему плазменного гемостаза, использовали следующие: время рекальцификации плазмы, степень тромботеста, протромбиновый индекс, тромбиновое время, время свободного гепарина, активированное парциальное тромбопластиновое время свертывания, толерантность плазмы к гепарину, определение концентрации фибриногена, уровень фибриногена Б, время лизиса эуглобулинового сгустка.

Результаты исследования. Исследование гемостаза и гемореологии показало наличие сдвига в сторону гиперкоагуляции и гипервязкости у больных второй группы по сравнению с первой. Было обнаружено увеличение функциональной активности тромбоцитов, что проявлялось увеличением скорости и степени АДФ - индуцированной агрегации. Степень агрегации у больных 2-ой группы была выше на 12,18 % ($p<0,05$), скорость агрегации на 12,19 % ($p<0,05$), по сравнению с первой группой. Увеличение функциональной активности тромбоцитов у больных 2-ой группы сопровождалось угнетением антиагрегационной активности сосудистой стенки. Так, если степень индукции агрегации эритроцитов сосудистой стенки составила $56,25\pm 6,52$. то во второй группе этот показатель был равен 39,50 % ($p<0,05$). Отмечено снижение суспензионной стабильности эритроцитов и увеличение их агрегационной активности у больных с признаками активного воспаления. Степень агрегации эритроцитов во второй группе была выше на 3,44 %, скорость оседания эритроцитов на 6,29 мм час, по сравнению с показателями первой группы. Достоверные сдвиги в системе плазменного гемостаза были обнаружены только при исследовании фибринолитической системы. Для больных второй группы было характерно угнетение времени ли-

зиса эуглобулинового сгустка на 14,65 мин ($p < 0,05$). Во второй группе отмечалась большая концентрация фибриногена в крови, разница составила 1,27 г/л ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Стадия активного воспаления при облитерирующем тромбангите сопровождается выраженными нарушениями в системе гемостаза и гемореологии, с тенденцией к снижению текучести крови и тромбофилии.

2. Наличие клинических признаков активности васкулита при облитерирующем тромбангите требует проведения терапии, направленной не только на купирование процесса воспаления, но и на коррекцию гемореологических и гемостазиологических расстройств.

Полянцев А.А., Мозговой П.В. Фролов Д.В., Мунсар Аль-Джабри.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИТА

ВолГМУ, кафедра общей хирургии им. А.А. Полянцева

Целью исследования было выявление зависимости между эффективностью реконструктивных сосудистых операций и активностью облитерирующего тромбангита.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии клиники общей хирургии им. А.А. Полянцева с 1993 по 2003 г.г. с диагнозом облитерирующий тромбангит сосудов нижних конечностей. Больным были выполнены различные виды восстановительных сосудистых операций. В частности, шунтирование пораженного артериального сегмента с использованием синтетического протеза у 7 (17,94 %) пациентов, с использованием аутовенозного трансплантата у 18 (46,15 %), тромбэндартерэктомия у 14 (35, 89 %).

В качестве критерия активности тромбангита нами был использован индекс клинической активности васкулита (ИКАВ), разработанный R.A. Luqmain et al. (1994 г.). Авторами выделяется состояние полной ремиссии, при которой отсутствуют признаки активности (0 - 1 балл). При возрастании суммы баллов авторы обозначают такое состояние как обострение. В соответствии с этим нами было выделено 2 группы. Первая состояла из 19 пациентов, воспалительный процесс у которых находился в стадии ремиссии (общая сумма баллов ИКАВ была 0 или 1). Во вторую группу было включено 20 пациентов с признаками обострения тромбангита, где сумма баллов колебалась от 2 до 16.

Результаты оперативного вмешательства оценивали в раннем послеоперационном периоде и в течение ближайших 3 лет после операции по частоте тромботических реокклюзий и высоких ампутаций конечностей.

Результаты исследования. Наиболее частым осложнением после восстановительной операции был тромбоз зоны реконструкции. Данное осложнение наблюдалось в первой группе у 5 (26,31 %) больных, во второй группе у 7 (35,00 %). Необходимо отметить, что во второй группе тромбоз чаще протекал с декомпенсацией кровообращения и повторная операция заканчивалась ретромбозами, который, в свою очередь, вынуждал выполнять высо-

кую ампутацию конечности. В первой группе высокую ампутацию конечности выполнили одному пациенты (5,26 %), во второй группе ампутация была произведена в 6 (30,00 %) случаях. Несмотря на ограниченное число наблюдений, данная разница носила достоверный характер ($p < 0,05$). Частота поздних реокклюзий не отличалась в обеих группах. За трехлетний период, прошедший после операции, тромботические осложнения наблюдались в первой группе у 3 больных (18,75 %), во второй группе также у 3 пациентов (23,08 %). В позднем послеоперационном периоде ампутация была выполнена только одному пациенту из первой группы. В остальных случаях тромбозы протекали с компенсацией кровообращения. Повторные реконструктивные операции этим больным не выполнялись.

Выводы.

1. Шкала оценки клинической активности васкулитов по R.A. Luqman et al., 1994, является надежным прогностическим инструментом, позволяющим осуществлять отбор больных облитерирующим тромбангиитом на восстановительные сосудистые операции.

2. Наличие клинических признаков активности васкулита при облитерирующем тромбангиите является противопоказанием к реконструктивной операции и требует предварительной подготовки, направленной на купирование процесса воспаления и коррекцию гемореологических и гемостазиологических расстройств.

Порошин А.В., Курушина О.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРО- ЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, г. Волгоград

Боль в спине – одно из самых распространенных расстройств. Она является второй по частоте причиной обращений за медицинской помощью после респираторных заболеваний. Около половины людей трудоспособного возраста в течение жизни переносит эпизоды болей в спине, не связанных с воспалительными, системными, онкологическими, метаболическими расстройствами. Также велики экономические потери общества и пациентов, обусловленные частыми госпитализациями, длительной временной утратой трудоспособности, расходами на осуществление лечебного процесса. Однако, несмотря на многочисленные публикации по данному вопросу, недостаточно изученным остается социологический аспект проблемы.

Цель данного исследования: выявить социальные факторы, влияющие на возникновение и тяжесть неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

Материал и методы: проводился контент-анализ 385 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ОКБ №1 с диагнозом «остеохондроз позвоночника», за период с 2001 по 2003 гг. Возраст больных составил от 20 до 69 лет. Для анализа целенаправленно заполнялась анкета, включавшая 12 вопросов. Изучались

такие факторы как пол, возраст, место жительства, семейное положение, уровень образования и профессия.

Результаты: женщины составляли большинство пациентов - 252 человека (65,5%). 315 пациентов (81,8%) были в возрасте 32 до 56 лет, т.е. являлись людьми зрелого, трудоспособного возраста. Работа 214 (55,8%) пациентов была связана с подъемом тяжестей, длительным пребыванием в одной позе, с антифизиологическим положением. Семейное положение, уровень образования у больных, страдающих неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника, достоверно не различались. Проживающие в сельской местности по результатам нашего исследования чаще страдали от болей в спине – 283 (73,5%), жителей города было - 103 (26,5%). Но этот факт может быть связан с особенностью контингента ОКБ №1.

Выводы: Проблема остеохондроза позвоночника сложна и многогранна. Анализ причин, влияющих на возникновение и тяжесть его неврологических проявлений, - важная задача лечащего врача. При этом ключевую роль следует отводить социальным факторам – полу, возрасту и профессии пациента. Правильная организация условий труда, своевременно начатое комплексное лечение позволят избежать длительной утраты трудоспособности и уменьшат частоту и тяжесть обострений данного заболевания.

Поцелуйко С. В., Ломтатидзе В. Е., Грошев Ю.В., Ким Н. И.

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ КБ №4 Г. ВОЛГОГРАДА

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ВПХ ВолГМУ, Волгоград

За период с 1996 по 2003 гг. было пролечено 102 пациента с деформирующим артрозо-артритом коленного сустава с применением методов эндоскопической хирургии. Показанием для оперативного вмешательства являлось малоэффективность проводимого консервативного лечения, наличие признаков повреждений внутрисуставных структур коленного сустава, длительный болевой синдром при рентгенологических признаках артроза I-II по Косинской, а также III степени без выраженных признаков медиального артроза.

С I типом артроза было 69 пациентов, со II типом – 33 пациента. Всем пациентам производилась артроскопическая ревизия полости сустава по общепринятой методике с применением артроскопического оборудования фирм «STRYKER», «STORZ», с обязательным использованием артроскопической помпы. Средний возраст пациентов составил 46,7 лет, среднее пребывание в стационаре – 16 дней, что было связано с необходимостью проведения реабилитационной программы в раннем послеоперационном периоде. Женщин было 61 человек, мужчин – 41. Повторные оперативные вмешательства выполнялись в 4 случаях, до этого пациентам выполнялась ранее артротомия по поводу повреждения капсульно-связочного аппарата.

Из общего числа пациентов с остеоартрозом коленного сустава была выявлена следующая патология: пателлофemorальный артроз – у 62 пациентов, медиальный артроз – у 19 пациентов. Клиника артроза сочеталась в 12 слу-

чаях с повреждением наружного, в 23 - внутреннего менисков, из них в 17 случаях обеих менисков; повреждения ПКС составили 18 случаев. Всем 42 пациентам производилась шейверная хондропластика с обработкой участков повреждения хрящевой ткани, при дефектах больше 0,8 см и глубиной более 3-4 мм выполнялось рассверливание субхондрального слоя области дефекта спицей – т.н. «дриллинг», удаление крупных хондромных тел выполнено у 7 пациентов.

У 8 пациентов с медиальным артрозом при неэффективности артроскопической санации полости сустава производилась корригирующая остеотомия большеберцовой кости. Для выполнения остеотомии производилось рентгенологическое обследование обеих конечностей с «нагрузкой». Затем проводилось планирование оперативного вмешательства с проведением оси конечности, определялся на рентгенограммах угол отклонения конечности, во всех случаях имела варусная деформация. По методике Coventry определялся необходимый угол коррекции, который в среднем составил 7°. При выполнении остеотомии, удалялся костный клин, выполнялась фиксация Т-образными пластинами по наружной поверхности. Общий срок реабилитации составил в среднем 4-5 месяцев. У больных клинически исчезала деформация, практически купировался или значительно уменьшился болевой синдром, увеличился объем движений в коленном суставе.

Выводы. Наряду с общепринятыми консервативными методами лечения артрозо-артрита коленного сустава существуют хирургические методы с использованием малоинвазивных артроскопических вмешательств. Применяемые в нашей практике у 102 пациентов, они позволили выявить грубые дегенеративно-дистрофические повреждения капсульно-связочного аппарата, суставного хряща, а также выполнить обработку измененных отделов, что значительно улучшило, а в некоторых случаях ускорило процессы восстановления опорноспособности пациентов с патологией коленного сустава. Кроме этого, артроскопические методы лечения позволяют отсрочить и отдалить эндопротезирование коленного сустава, обосновать применение хондропротекторов и препаратов, улучшающих репаративные процессы. Отличные и хорошие **результаты** были получены в 65,2% случаев, удовлетворительные – в 34,8%.

Поцелуйко С. В., Ломтатидзе В. Е., Грошев Ю.В., Ким Н.И.
**ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА БАЗЕ
ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
МУЗ КБ № 4 г. ВОЛГОГРАДА**

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ВПХ ВолГМУ, Волгоград

На базе травматолого-ортопедического отделения МУЗ КБ № 4, клиники кафедры травматологии и ортопедии с ВПХ Волгоградского государственного медицинского университета с июля 1995 по декабрь 2003 гг. было выполнено авторами 398 артроскопических операций на коленном суставе.

При выполнении эндоскопических методов лечения патологии коленного сустава было обнаружено 233 повреждения менисков, что составило 58,5 %

от общего числа пациентов, у 26 пациентов (6,5%) были выявлены повреждения обеих менисков. Повреждения внутреннего мениска были выявлены у 178 пациентов (44,7 %), что составило 76,4% от числа всех повреждений менисков. При этом, у 29 пациентов (12,4%) были обнаружены повреждения наружного мениска. Была выполнена 141 операция по резекции менисков, что составило 35,4 % от всего количества артроскопических вмешательств. Парциальная резекция выполнялась – в 92 случаях на внутреннем мениске, в 29 случаях на наружном мениске. Из общего количества прооперированных с ДОА было 102 пациента (25,6%), из которых с т.н. «медиальным» артрозом было 39 пациентов, с грубым пателло-фemorальным артрозом пролечено 32 пациента. Практически во всех случаях у этой категории пациентов выполнялась абразивная шейверная хондропластика участков повреждения хряща пателло-фemorального отдела, медиального мыщелка бедренной и большеберцовой кости. При этом удаление крупных хондромных тел выполнялось в 27 случаях. У этой категории больных в 10 случаях был найден костно-хрящевой дефект области внутреннего мыщелка бедра (болезнь Кенига), в 7 случаях найдены большие дефекты суставной поверхности надколенника по типу остеохондральных переломов. Во всех случаях выполнялось удаление костно-хрящевых дефектов, шейверная хондропластика участков хрящевой ткани до субхондрального слоя, с последующим проведением «дриллинга» (перфорации спицами) субхондрального отдела кости в этой области. У 1 больного с крупным дефектом хряща внутренней фасетки надколенника после проведенной обработки полости размером 2,5х2,0х0,8см при выполнении повторной артроскопии, по поводу менискэктомии, было обнаружено практическое полное заполнение этого дефекта. Патология медиопатellarной складки была выявлена у 11 пациентов, которая проявлялась в ее гипертрофии, фиброзном перерождении. Практически во всех случаях выполнялась резекция этой складки с шейвированием участков разволокнения хряща области внутреннего мыщелка бедра.

Повреждения передней крестообразной связки были выявлены у 84 пациентов (21,1%), при этом частичный разрыв ПКС встретился у 63 пациентов, полный – у 21 пациента. У пациентов с полным повреждением ПКС в 18 случаях производилось восстановление связочного аппарата. В 10 случаях, в том числе у 8 спортсменов-профессионалов (футбол, гандбол, различные виды единоборств), была выполнена реконструкция ПКС открытым способом, а в 8 случаях артроскопически, с использованием аутоотрансплантата из собственной связки надколенника с применением инструментария фирмы «STRYKER».

Полный разрыв ЗКС обнаружен у 2 пациентов, производилась пластика по Августину. У 10 пациентов подтвержден диагноз болезнь Кенига, выполнено удаление внутрисуставных тел, с последующей хондропластикой различных отделов эпифиза бедра. Болезнь Гоффа была нами диагностирована у 6 пациентов.

Возраст больных составил: 8 лет – 1; 13 лет – 2; 14-20 лет – 42 (10,6 %); 21-30 лет - 58 (14,6 %); 31-40 лет – 78 (19,6 %); 41-50 лет - 105 (26,4 %); 51-60 лет - 69 (17,3 %); 61- 70 лет - 23 (5,8 %); старше 70 лет - 10 человек (2,5%), в том числе у 6 пациентов с ДОА II-III степени последовательно выполнялась артроскопия обоих суставов.

Из общего числа пациентов, которым проводилось оперативное лечение, женщин было 155 чел.(38,9%); мужчин – 243 чел. (61,1 %). Койко-день составил в среднем 15,7. Левый сустав оперирован в 179 случаях, правый в 207, оба – в 8 случаях.

Выводы. Методы эндоскопической хирургии, применяемые в лечении заболеваний коленного сустава, травматических повреждений и их последствий, являются высокоэффективными и позволяют добиться хороших и отличных функциональных результатов, сократить сроки стационарного лечения, а также восстановить или повысить качество жизни пациентов в сочетании с рациональными методами медикаментозного и реабилитационного лечения.

*Родин А.Ю., Давидян В.С., Бедина С.А., Сапрыкин И.П.,
Надирадзе С.Б., Мартемьянов В.Ф.*

ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АССИММЕТРИЧНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Под наблюдением находился 21 больной с асимметричным псориатическим моно- олигоартритом (АсПсА), из которых 8 (38,1%) мужчин и 13 (61,9%) женщин. Средний возраст больных всей группы – $39,2 \pm 3,3$ лет. Начало болезни (псориаза) у мужчин отмечалось в $29,5 \pm 4,13$ лет, у женщин – в $34,2 \pm 4,3$ лет длительность псориаза составляла $6,81 \pm 0,74$ лет. Наибольшую прослойку (28,6%) составили больные, у которых артрит развился через 4–5 лет после дебюта псориаза, а в среднем артрит развился через $3,57 \pm 0,34$ лет. Продолжительность артрита у больных – $3,24 \pm 0,28$ лет. Моноартрит наблюдался у 6 (28,6%), олигоартрит – у 15 (71,4%) больных. Системные поражения выявлены у 10 (47,6%) больных. У всех больных отмечалась вульгарная форма псориаза: у 13 (61,9%) – прогрессирующая, у 8 – стационарная стадия. I степень активности патологического процесса определялась у 14 (66,7%), II-я степень – у 7 (33,3%) больных. I-я стадия поражения суставов установлена у 3 (14,3%), II-я – у 14 (66,7%) и III-я стадия – у 4 (19,0%) больных, ФНС-1 – у 13 (61,9%), ФНС-2 – у 5 (23,8%), ФНС-0 – у 3 (14,3%) больных. У всех больных в сыворотке крови определялась активность гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) и содержание мочевой кислоты (МК). Контрольные группы: 30 здоровых людей, 7 больных ревматоидным артритом (РА) с I-й степенью активности, 11 больных РА с II-й степенью и 12 больных с вульгарным псориазом (ВПс) без поражения суставов. У больных с АсПсА при поступлении на лечение по сравнению со здоровым, отмечалось повышение активности ГДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,01$), снижение активности ГФ ($p < 0,05$) и повышение уровня МК, по сравнению с больными РА с I-й степенью активности, выше активность ГЗДА ($p < 0,001$), ниже активность ПНФ и ГФ ($p < 0,001$); по сравнению с больными РА с II-й степенью активности, еще ниже активность ПНФ, ГФ, ГДА (все $p < 0,001$) и выше активность ГЗДА ($p < 0,001$); по сравнению с больными ВПс без артрита, выше активность ГДА, ГЗДА, ПНФ (все $p < 0,001$) и уровень МК ($p < 0,05$). По окон-

чании курса лечения, по сравнению с начальным этапом, существенно снизилась активность ГДА, ГЗДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,05$), повысилась активность ГФ ($p < 0,001$), и энзимные показатели не имели отличий от здоровых лиц ($p > 0,05$). У больных с олигоартритом, по сравнению с моноартритом, выше активность ГДА ($p < 0,01$), ГЗДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,05$) и ниже активность ГФ ($p < 0,05$). У больных с I стадией поражения суставов, по сравнению с II-й, не выявлено энзимных различий, а по сравнению с III-й, ниже активность ГДА, ГЗДА, ПНФ и выше активность ГФ (все $p < 0,001$). У больных с ФНС-2, по сравнению с ФНС-1, выше активность ГДА, ГЗДА, ПНФ (все $p < 0,01$) и ниже активность ГДА ($p < 0,05$). При прогрессирующей стадии псориаза, по сравнению со стационарной, ниже активность ГФ ($p < 0,001$). У больных АсПса с I-й степенью активности патологического процесса при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГДА ($p < 0,05$), уровня МК ($p < 0,05$) и снижения активности ГФ ($p < 0,5$), а у больных с II-й степенью – повышение активности ГДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,01$), уровня МК ($p < 0,01$) и снижение активности ГФ ($p < 0,001$). При II-й степени активности, по сравнению с I-й, выше активность ГДА, ГЗДА, ПНФ (все $p < 0,001$) и ниже активность ГФ ($p < 0,001$). По окончании лечения у больных с I-й степенью отмечалась нормализация активности всех энзимов, а у больных с II-й степенью оставалась сниженной активность ГФ ($p < 0,05$). Таким образом, проведенные исследования у больных с ассиметричным Пса выявили существенные изменения энзимного профиля крови в зависимости от активности патологического процесса, количества пораженных суставов, формы и стадии кожного поражения, ФНС, энзимные различия в сравнении с больными РА, вульгарным псориазом без артрита, что может иметь определенное значение в клинической практике.

*Родин А.Ю., Кудряков Р.Ш., Карпова О.В., Рогаткина Т.Ф.,
Левкина М.В., Хортиева С.С.*

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ У БОЛЬНЫХ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ В ЗАВИСИ- МОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Несовершенство существующих классификаций ограниченной склеродермии (ОСД), разнообразие терминов и форм создают определенные трудности как в диагностике этого заболевания, так и ведении этих больных. Большинство дерматологов считают целесообразным разделять бляшечную склеродермию (БСД), наиболее часто встречающуюся из всех форм ОСД, на очаговую или лимитированную, локализованную и распространенную, или диффузную, или генерализованную, или многоочаговую и др. (Лелис, 1973; Молочков и др. 2002; Волнухин, 2002). Но выделение очаговой БСД малоинформативно о количестве очагов, их площади, распространенности, а выделение диффузной, генерализованной вносит некоторую путаницу в разграничении ОСД и системной склеродермии (ССД), Большинство зарубежных исследователей придерживаются терминов «лимитированная склеродерма», «диффузная склеродерма» или «лимитированная мор-

феа», что также не вносит ясности в дифференциацию форм БСД (Agarane Y. et al.2001; English J. et al; 2002). В своей работе мы разделили БСД, исходя из количества очагов кожного поражения у больных, и считаем, что подобный подход, хотя и не лишенный недостатков, достаточно хорошо отражает тяжесть поражения кожи, клинические проявления о конкретизирует назначаемую терапию, Ориентируясь на это, из 50 наблюдаемых нами больных БСД мы выявили 3 группы: 1. больные, имеющие 1-3 очага поражения кожи (12 чел.). 2. Больные с 4-6 очагами (16 чел.). 3. Больные, имеющие свыше 6 очагов кожного поражения (22чел). У всех больных и 30 здоровых лиц в сыворотке крови определялись активности энзимов пуринового метаболизма: гуанинфосфорилазы (ГДА), гуанозинфосфорилазы (ГЗДА), пуриноклеозидфосфорилазы (ПНФ) и гуанозинфосфорилазы (ГФ). Среди больных 1-й группы были 3 мужчин и 9 женщин, средний возраст – $46,3 \pm 2,3$ лет, средняя длительность болезни $1,4 \pm 0,42$ года; 2-й группы – 4 мужчин и 12 женщин, средний возраст – $39,9 \pm 3,9$ лет, средняя длительность болезни – $4,44 \pm 1,1$ лет; 3-й группы – 5 мужчин и 17 женщин, средний возраст – $42,1 \pm 2,1$ лет, средняя длительность болезни – $5,95 \pm 0,9$ лет. При поступлении на лечение у больных 1-й группы, по сравнению со здоровыми, выявлено только повышение активности ПНФ ($p < 0,01$), у больных 2-й группы – также повышение активности ПНФ, только более выраженное ($p < 0,001$) и у больных 3-й группы – изменения активности всех энзимов: повышение активности ГДА ($p < 0,05$), ПНФ ($p < 0,05$), ГФ ($p < 0,001$) и уровня мочевой кислоты ($p < 0,001$). При сравнении энзимных показателей больных всех трех групп оказалось, что у больных 1-й группы (до 3-х очагов), по сравнению с 2-й (4-6 очагов), ниже активность ГДА ($p < 0,01$), ГЗДА ($p < 0,01$), ПНФ ($p < 0,01$) и уровень МК ($p < 0,05$), а по сравнению с 3-й группой, активности всех энзимов и уровень МК были существенно ниже (у всех $p < 0,001$). У больных 3-й группы, по сравнению с 2-й, выше активность всех изученных энзимов (все $p < 0,001$) и уровень МК ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования в крови больных БСД выявили существенные изменения активности энзимов пуринового метаболизма, свидетельствующие об интенсификации энзимных реакций, направленных на катаболизм пуриновых метаболитов, нуклеопротеидов, что косвенно подтверждается повышением уровня мочевой кислоты. Причем, интенсификация катаболических энзимных процессов прямо зависит от площади кожного поражения и, возможно, от глубины поражения слоев кожи под эпидермисом. Если это предположение подтвердится, на доказательство которого и направлены наши дальнейшие исследования, представиться возможность оценивать тяжесть поражения кожи по степени изменения активности энзимов без дополнительных гисто-морфологических исследований.

ПСИХОГЕННЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, г. Волгоград

Одним из наименее изученных и сложных для оценки вариантов хронической боли (ХБ) являются генерализованные болевые синдромы. Наряду с соматически-обусловленной ХБ значительную группу составляют больные, страдающие болевыми феноменами, не обусловленными морфологическим повреждением определенных систем или органов, которые можно определить как психогенную или "неорганическую боль". В последние годы получает распространение получает термин "первичная фибромиалгия". Однако достоверных данных о воспалительном или дегенеративном мышечном заболевании, лежащем в основе генерализованных алгий, не получено. Важное значение придается нарушению центральных механизмов регуляции боли. Обсуждается важная роль психогенных факторов, что нашло отражение в термине "психоревматическая боль". По существу, исключив вторичный характер, мы имеем дело с вариантом сочетания хронической боли, захватывающей несколько анатомических зон, с вегетативно-эмоциональными нарушениями без морфологического повреждения определенных систем или органов. Вероятно, синдромальность диагноза "фибромиалгия" предполагает по мере его изучения дифференцировку различных форм, отличающихся по этиологии. Так, описано развитие фибромиалгии, как результата интоксикации парами нефти после травмы мягких тканей. Возможно, что одной из форм окажутся психогенные болевые синдромы, диагностика которых остается малоизученным вопросом.

Цель: разработать диагностические критерии психогенной генерализованной боли (ГБ).

Методы: клиничко-неврологический, клиничко-лабораторный, рентгенологический, метод экспертных оценок, оценка признаков с помощью методов непараметрической статистики. Учитывались критерии диагностики психогенной боли, изложенные в МКБ-10 и DSM-4.

Результаты: обследовано 238 пациентов, соответствующих диагностическим критериям ПФМ, предложенным АКР. Из них выделено 126 человек (52.9%) с предположительно ведущей ролью психогенных факторов в поддержании ХБ. Средний возраст составил $43.8^{+0.4}$ лет. Наиболее диагностически значимыми оказались следующие признаки: связь дебюта заболевания со стрессовыми событиями; связь генерализации боли с психотравмирующими ситуациями; постепенное расширение болевых зон, несмотря на проводимое лечение, с захватом других анатомических областей; связь течения заболевания с динамикой психотравмирующей ситуации; наличие актуальных психогений; несоответствие зонам иннервации корешков периферических нервов; наличие сформировавшихся выраженных невротических синдромов, различных клинических вариантов невротического развития личности; патологическое болевое поведение; сочетание жалоб на боль с повышенной физической активностью; получение прямых или косвенных выгод от заболевания; нежелание выписываться из стационара под различными предложениями, усиление боли перед выпиской; необычный характер болевых ощущений; недовольство при выявлении нормальных показателей паракли-

нических исследований; позитивная реакция при выявлении каких-либо (не подтверждаемой клиникой) признаков нездоровья (как правило – грыжа межпозвоночных дисков различной локализации); гипералгезия при осмотре; установка на получение группы инвалидности по вертеброневрологическому заболеванию; длительный, неэффективный прием анальгетиков, транквилизаторов в сочетании с нежеланием больного прекратить их прием; диссонанс между жалобами на интенсивную боль и уклонением от лечебных воздействий.

Выводы: на основании совокупности клинических данных возможно выявление и своевременная коррекция роли психогенного фактора в поддержании ПФМ.

Рыбак В.А., Карпова О.В., Бушкова С.С.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛФЛУТОПА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, г. Волгоград

Цель: изучить и оценить эффективность и безопасность применение препарата алфлутопа.

Методы: в исследование были включены 31 пациент (13 мужчин и 18 женщин) с умеренным и выраженным болевыми синдромами позвоночника в возрасте от 28 до 73 лет с дискогенными радикулопатиями, рефлекторными болевыми синдромами, синдромами миелопатии, периаартрозами на фоне развития остеопороза, остеопороза, остеоартроза. Средняя длительность заболевания составила 3-5 лет, последнее обострение 3-4 недели. Препарат алфлутоп применялся в среднем в течение 14 дней с однократным внутримышечным введением в сутки. Алфлутоп представляет собой биотехнологический препарат (фирма «Biotehnos S.A.», Румыния); его основа – стерильный экстракт морских организмов, состоящий из аминокислот, пептидов, глицинов и микроэлементов: натрия, калия, кальция, магния, железа, меди, цинка. Согласно экспериментальным данным он обладает свойством одновременно стимулировать синтез гиалуроновой кислоты, которая играет важную роль в поддержании нормальной структуры и функции суставного хряща, и тормозить активность гиалуронидазы, что позволяет применять его при дегенеративных заболеваниях позвоночника – спондилезах, спондилоартрозах. Одновременно все пациенты получали комплексную терапию, включающую физиолечение (фонофорез с гидрокортизоном, озокеритовые аппликации, радоновые ванны, лазеротерапию, магнитотерапию), лечебную гимнастику, миорелаксанты, НПВС, вазоактивные препараты, антидепрессанты, иглорефлексотерапию. В данном исследовании оценивалась интенсивность болевого синдрома, наличие мышечно-тонических реакций, изменение рефлексов и чувствительности.

Результаты: на фоне приема алфлутопа полное купирование болевого синдрома было достигнуто у 29 больных, наступила более быстрая регрессия болевого синдрома у 10 больных через 1 неделю, 15 больных – через 2 недели, 6 больных – через 3 недели. Наличие мышечно-тонических реакций наблюдалось у 31 больных, после лечения – нет у 22 больных, значительно уменьшились – у 9; степень напряжения мышц по Попелянскому: до лечения

II степени - у 29 больных, III степени - у 2, после лечения: I степени - у 25, II степени - у 4, нет напряжения - у 2 пациентов. Выраженность симптомов натяжения: до лечения - есть у всех пациентов, после лечения уменьшились - у 22, нет - у 9. Изменение рефлексов до лечения есть у 20 больных, нет у 11, после лечения - без изменения у 15 больных. Наличие изменения чувствительности до лечения есть у 14 больных, нет у 17, после лечения нормализовалась у 8, без изменения - у 6. Боль в покое до лечения есть у 30 больных, нет у 1, после лечения боль исчезла у 20, значительно уменьшилась у 6, уменьшилась у 5. Боль при движении до лечения - у 31 больных, после лечения значительно уменьшилась у 5, уменьшилась у 7, сохранилась у 3, отсутствует у 6 пациентов. Среднее расстояние, которое мог пройти больной до появления боли: до лечения - около 160 метров, после лечения - более 300 метров. Отмечено достоверное улучшение самочувствия, частоты обострений. Побочных эффектов не выявлено.

Выводы: 1. Выявлена достаточная анальгетическая и противовоспалительная эффективность алфлутопа с длительным периодом последствия у больных с болевыми синдромами различного генеза.

2. Хорошая переносимость и безопасность алфлутопа позволяет широко использовать его у пациентов во всех возрастных группах, с широким спектром сопутствующей патологии.

3. Включение алфлутопа в комплексную терапию дискогенных радикулопатий позволяет быстрее купировать болевой синдром, пролонгировать эффект терапии, снизить частоту и дозу приема НПВС, ускорить регресс неврологических нарушений и улучшить качество жизни пациентов.

Салман Расем, Сушук Е.А., Маслакова Л.А., Шипаева А.Л.,

Наджиб И.В., Гонтарь И.П., Зборовский А.Б.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АССОЦИИИ АУТАНТИТЕЛ К ЭНЗИМАМ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Цель исследования: исследование аутоантител (АТ) к ферментам антиоксидантной системы при системной красной волчанке (СКВ) и выявление связей таких АТ с клиническими, лабораторными и иммунологическими проявлениями заболевания.

Пациенты и методы: В исследование было включено 60 больных СКВ (95% женщин) в возрасте от 18 до 63 лет с продолжительностью болезни от 1 до 24 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении МУЗ ГКБ №25 г. Волгограда. Все больные проходили полное клиническое обследование, исследовался развернутый общий анализ крови, анализ мочи, биохимические показатели крови. Из иммунологических параметров исследовался антинуклеарный фактор (АНФ), антитела к нативной ДНК (анти-ДНК), LE-клетки, содержание компонентов комплемента C3 и C4. Активность СКВ оценивалась с помощью индекса Systemic Lupus Activity Measure (SLAM), необратимые изменения с помощью индекса повреждения SLICC/ACR Damage Index (DI).

Антитела к церулоплазмину (ЦП) и каталазе (КАТ) выявлялись методом непрямого иммуноферментного анализа. Положительными считались пробы, в которых значения оптической плотности превышали 3 стандартных отклонения среднего значения для здоровых лиц, которое составило 0,105 е.о.п.

Для статистического анализа использовали дисперсионный анализ или его непараметрический аналог (критерий Крускала-Уоллиса), качественные признаки сравнивали с помощью критерия Хи-квадрат, корреляционный анализ выполнялся с помощью критерия Спирмена. Уровень значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты: Аутоантитела к ЦП были выявлены у 26 (43,4%) больных СКВ, АТ к КАТ у 32 (53,3%) больных. При сравнении групп больных имевших и не имевших АТ в сыворотке крови выявлены следующие закономерности:

- у больных, имевших АТ к ЦП чаще наблюдалось наличие васкулопатии по сравнению с больными, не имевшими таких АТ. Несколько чаще (но статистически незначимо) в группе серопозитивных по АТ к ЦП больных СКВ отмечались инфекционные осложнения и поражение легких. Положительная корреляция (слабая и средней силы) была выявлена для уровня АТ к ЦП и значениями протеинурии и лейкоцитурии.

- у больных, имевших АТ к КАТ чаще выявлялась анемия, отмечалось поражение сосудов, проявлявшееся, как правило, в форме васкулита сосудов мелкого и среднего калибра, а также чаще регистрировались кожные проявления СКВ. Уровень АТ к КАТ положительно коррелировал со значениями гематурии, протеинурии и уровнем креатинина сыворотки и отрицательно коррелировал с уровнем гемоглобина и числом эритроцитов крови. АТ к КАТ чаще выявлялись у больных СКВ, положительных по АНФ, но при этом корреляция с уровнем анти-ДНК не отмечено.

Как АТ к ЦП так и АТ к КАТ чаще выявлялись при высокой активности СКВ, отмечена положительная корреляция уровня АТ со значениями индекса SLAM. В то же время, связи обнаружения антител и их уровня со значениями SLICC/ACR DI не было выявлено.

Выводы: при СКВ имеет место аутоантителообразование к ферментам антиоксидантной защиты. Уровень АТ зависит от активности заболевания, различия в клинической картине и лабораторных показателях у больных СКВ, серопозитивных по АТ к различным ферментам, может свидетельствовать о том, что такие АТ имеют не только индикаторное значение, но и принимают участие в патогенезе иммунного повреждения. Возможным механизмом может являться ингибирование ферментов, приводящее к недостаточности антиоксидантной защиты.

Сафина А.З., Давлетишин Р.А., Нурмухаметова Р.А..

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ МЕТОДОВ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА И ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ О НАЛИЧИИ ВИРУСОВ ГЕРПЕСА, МИКОПЛАЗМЫ И ХЛАМИДИИ С ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Башкирский Государственный Медицинский Университет, г. Уфа, Россия

Для решения поставленной задачи мы сравнили две группы больных с ревматоидным артритом (РА). Первую группу составили 19 больных РА с кортизолозависимостью, которые принимали в среднем 5-20 мг преднизолона в сутки, вторую - 61 больной РА без кортизолозависимости.

В группе гормонозависимых преобладали больные РА с максимальной активностью (63,2%) заболевания, во второй группе больные с максимальной и умеренной активностью (соответственно 50,8% и 34,4%). Исследуемые группы составляли, в основном, женщины с серопозитивным вариантом ревматоидного воспаления (80,2%).

Костно-деструктивные изменения в суставах, III и IV рентгенологические стадии РА, были выявлены у большинства больных (соответственно 84,2% и 72,1%). Системные проявления РА как васкулит, пульмонит, кардит, нефропатия отмечались чаще у больных с синдромом кортизолозависимости.

При исследовании иммуноферментным методом уровень антител в сыворотке крови к цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барр, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis* был выше у больных РА гормонозависимых (оптическая плотность антител к цитомегаловирусу $1,987 \pm 0,34$, к вирусу Эпштейн-Барр $1,645 \pm 0,3$, средний титр антител к *Mycoplasma hominis* 1:95, к *Chlamydia trachomatis* 1:31). Достоверность различий в сравниваемых группах была выше у больных с герпетической инфекцией ($p < 0,001$), чем у больных с микоплазменной и хламидийной инфекцией ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно).

По результатам наших исследований методом полимеразной цепной реакции частота выявления специфических ДНК герпесвирусов, микоплазмы, хламидии в сыворотке крови в 2 раза выше у больных первой группы - у 18 человек (69%), тогда как во второй группе антигены исследуемых микроорганизмов были выявлены у 8 (31%) человек.

Таким образом, уровень антител и частота обнаружения антигенов герпеса, микоплазмы и хламидии в сыворотке крови больных РА находятся в прямой взаимосвязи с кортизолозависимостью.

Сивордова Л.Е., Баракат Ахмад М. Али, Кулиуш М.А., Заводовский Б.В., Зборовская И.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЕМ К КОЛЛАГЕНАМ I И II ТИПОВ И РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, КБ №3 ГУ «ЮОМЦ» МЗ РФ

В последние годы стало очевидным, что остеопороз (ОП) занимает важное место среди осложнений ревматоидного артрита (РА). Изучение патогенеза данной патологии является актуальной проблемой ревматологии.

Целью работы было изучение взаимосвязи антителообразования к коллагенам I-го и II-го типов и распространенности остеопороза при РА.

Материалы и методы. Минеральная плотность костей определялось методом ультразвуковой денситометрии с использованием аппарата UBIS-3000 (Франции). Концентрация антител к коллагенам I-го и II-го типа определялась иммуноферментным методом с использованием набора OSTEOMETER производства Дании. Для оценки выраженности суставного синдрома и функциональной способности больного использовались следующие количественные показатели: общая выраженность боли в суставах, счет боли, боли в костях, суставной индекс, суставной счет, функциональный индекс Ли и Лансбури, индекс припухлости, продолжительность утренней скованности (в минутах), мышечная сила - определялось всем больным с помощью аппарата становой тяги. Индекс массы тела (ИМТ) определялся как отношение веса к росту, выражался в $\text{кг}/\text{м}^2$.

Под нашим наблюдением находилось 65 больных с достоверным диагнозом ревматоидного артрита, установленного согласно диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации, из которых 51 женщина и 14 мужчин в возрасте от 19 до 72 лет. Средняя длительность заболевания у больных составила 9,75 года. Больные были разбиты на 2 группы: I-ая группа: лица страдающие остеопорозом (36 человек) и II-ая группа: имеющие нормальную минеральную плотность костей (29 человек). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты. Остеопороз достоверно чаще диагностировался у больных ревматоидным артритом по сравнению с контрольной группой ($p < 0,005$). Пациенты I-ой группы по сравнению со II-ой чаще имели II-III-ью степень активности ревматоидного артрита, высокий уровень антител к коллагенам I-го и II-го типа, СОЭ, ревматоидного фактора, дозы глюкокортикостероидов, более низкий уровень гемоглобина; кроме того у этих больных часто наблюдалась иммобилизация и III-IV-ая степень недостаточности суставов, тяжелое течение заболевания ($p < 0,05$). Имелась достоверная положительная корреляционная связь между уровнем антител к коллагену I-го типа и Cross laps в моче.

Таким образом, получены достоверные данные о взаимосвязи остеопороза и высокого уровня антител к коллагенам I-го и II-го типа, что подчеркивает роль активности патологического процесса на развитие ОП при РА.

Можно предположить, что антитела к коллагену I-го типа способствуют разрушению коллагенового матрикса кости чем способствуют развитию остеопороза.

Симонова О.В., Немцов Б.Ф., Политова Н.Н.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров. Россия.

Цель. Оценить влияние комбинированной терапии проспидином (П) и метотрексатом (МТ) на показатели стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче у больных псориазическим артритом (ПсА) по сравнению с монотерапией МТ.

Материал и методы. Открытое контролируемое 12-месячное исследование проведено у 63 больных достоверным ПсА. 30 больных (I группа) получали комбинированную терапию П в дозе 200-300 мг/нед. в/в капельно на 200 мл. 5% глюкозы N4 в стационаре и МТ в дозе 10 мг/нед в/м. Поддерживающую терапию проводили – П в дозе 100-200 мг/нед. в/м, доза МТ оставалась прежней. 33 больным (II группа) назначали монотерапию МТ в дозе 10 мг/нед. В обеих группах преобладали женщины (21). Средний возраст - $43,2 \pm 9,5$ и $40,5 \pm 8,4$ лет. Длительность суставного синдрома - $4,8 \pm 4,7$ и $4,7 \pm 5,7$ лет. Стаж кожного псориаза - $12,4 \pm 11,2$ и $11,6 \pm 12,1$ лет. Все они имели вульгарный очаговый (12 и 21) или распространенный (18 и 12) псориаз в прогрессирующей (18 и 11) или стационарной (11 и 22) стадии, полиартритический вариант суставного синдрома (63), I-III рентгенологические стадии. Около трети больных в исследуемых группах имели высокую степень активности и тяжелую форму болезни с системными проявлениями. Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи определяли с помощью реактива Грисса. В качестве контрольной группы по показателям стабильных метаболитов оксида азота использовались здоровые доноры ($n=35$), возрастной и половой состав которых соответствовал обследуемой группе больных ПсА. Изучаемые показатели оценивали до начала лечения, через 1, 3, 6, 12 месяцев терапии.

Полученные результаты. В группах больных ПсА содержание стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови ($16,7 \pm 3,3$; $13,9 \pm 2,8$) и моче ($11,3 \pm 1,5$; $8,9 \pm 1,3$) было достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе здоровых доноров ($4,2 \pm 0,78$; $2,1 \pm 0,45$), и их концентрация повышалась с увеличением активности заболевания. Содержание стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче больных с III степенью активности ПсА ($20,3 \pm 3,9$; $15,0 \pm 1,9$) было достоверно выше ($p < 0,001$), чем у больных с II степенью активности ПсА ($10,6 \pm 0,9$; $5,5 \pm 0,32$).

При изучении динамики показателей стабильных метаболитов оксида азота в процессе комбинированной терапии П и МТ и монотерапии МТ было установлено снижение их уровня в обеих группах. К концу 1-го месяца комбинированной терапии отмечалась тенденция к снижению уровня стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи по сравнению с показателями до лечения, а к концу 3-го месяца лечения выявлено их до-

стоверное ($p < 0,05$) снижение: $16,7 \pm 3,3$ – $14,6 \pm 3,1$; $11,3 \pm 1,5$ – $10,2 \pm 2,1$. В более поздние сроки наблюдения (6-12 месяцев) уровень стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи в I группе больных продолжал снижаться: $12,7 \pm 2,3$; $7,7 \pm 2,5$ ($p < 0,001$ по сравнению с показателями до лечения). В группе больных, получавших монотерапию МТ достоверного ($p > 0,05$) снижения уровня стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи не наблюдалось.

Выводы. Комбинированная терапия П и МТ, в сравнении с монотерапией МТ, оказывает более заметное влияние на уровень стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи у больных ПсА.

Симонова О.В., Немцов Б.Ф., Политова Н.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРОСПИДИНОМ И МЕТОТРЕКСАТОМ И МОНОТЕРАПИИ ПРОСПИДИНОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров. Россия.

Цель. Провести сравнительный анализ клинической эффективности комбинированной терапии проспидином (П) и метотрексатом (МТ) и монотерапии П у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Исследование проведено у 137 больных достоверным РА. 75 больных (I группа) получали комбинированную терапию П в дозе 200-300 мг/нед. в/в капельно на 200 мл. 5% глюкозы N4 в стационаре и МТ в дозе 10 мг/нед в/м. Поддерживающую терапию проводили – П в дозе 100-200 мг/нед. в/м, доза МТ оставалась прежней. 62 больных (II группа) получали монотерапию П в дозе 500 мг/нед в/в капельно N4 в стационаре и 100-200 мг/нед. в/м на амбулаторном этапе. Группы больных были сопоставимы по основным клиническим показателям. В обеих группах преобладали женщины с генерализованным суставным синдромом, серопозитивные по РФ, имеющие системные проявления, с высокой или умеренной степенью активности болезни, около трети больных имели стероидозависимость. Оценка клинической эффективности и лабораторное обследование проводили после окончания стационарного этапа лечения и через 3, 6, 12 месяцев поддерживающей терапии.

Полученные результаты. Комбинированная терапия П и МТ приводила к улучшению на стационарном этапе ACR20% у 92,9% больных, ACR 50-70% - у 25,7%. В группе монотерапии П улучшение ACR20% наблюдалось у 79% и ACR 50-70% - у 21% больных. На этапе 12 месяцев улучшение ACR 20% регистрировалось у 95,4% пациентов первой группы и у 72,3% больных второй группы, а ACR 50-70% у 27,7% и 14,9% соответственно. Частота клинико-лабораторной ремиссии в группе больных, получавших комбинированную терапию была также выше (18,7%), чем в группе монотерапии П (12%). В группе больных, получавших комбинированную терапию, эффект от лечения отсутствовал к концу срока наблюдения у 3 больных (4,6%) и у 13 (27,7%) в группе, получавших монотерапию П.

Комбинированная терапия П и МТ приводила к более последовательному и выраженному снижению уровня СОЭ, фибриногена, РФ, ЦИК и иммуноглобулинов. Комбинированная терапия чаще (83,5%), чем монотерапия П (60,9%) приводила к купированию системных проявлений. Комбинированная терапия, по сравнению с монотерапией П, способствовала значительному (более 50%) снижению суточной дозы стероидов у большего числа больных и позволяла в два раза чаще отменять преднизолон полностью. Максимальное положительное влияние на стероидозависимость оба способа лечения оказывали на 3-6 месяце лечения (90%). В процессе дальнейшего наблюдения изменение дозы происходило заметно реже.

Отрицательной динамики рентгенологических изменений у больных, продолжавших лечение в течение всего срока наблюдения, в обеих группах не отмечено. Переход в более тяжелую стадию (из I во II, из II в III) произошел у 8 больных (по 4 из каждой группы) на 6-12 месяце наблюдения.

Комбинированная терапия П и МТ, по сравнению с монотерапией П, не приводила к нарастанию частоты побочных действий (29,3% и 26,3% соответственно) и связанных с ними отмен (13,3% и 11,2%).

Выводы: комбинированная терапия П и МТ у больных РА, по сравнению с монотерапией П, позволяет лучше контролировать активность болезни в процессе поддерживающей терапии без повышения частоты побочных действий и связанных с ними отмен.

Снигур Г.Л.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ВАСКУЛИТА

ВолГМУ, Волгоград, Россия

В современной отечественной и зарубежной литературе имеются достаточно подробные морфологические описания широко распространенных васкулитов.

В практической деятельности врача определенные трудности диагностики вызывают редко встречающиеся формы васкулитов. Приводим результаты морфологического исследования редкого (по данным Волжского отделения Областного патологоанатомического бюро 1 случай за 3 года) случая генерализованного некротизирующего васкулита.

Больная В... 36 лет, жительница города, была госпитализирована по линии скорой медицинской помощи с жалобами на головную боль, боли в области сердца, повышение температуры тела до 37°C, повышение АД до 180/100 мм. рт. ст. На вторые сутки пребывания в стационаре у больной появилась клиника острого инфаркта миокарда, а на пятые острого нарушения мозгового кровообращения. Параллельно стали развиваться некротические изменения дистальных отделов верхних и нижних конечностей (некрозы пальцев стоп и кистей). За период пребывания в стационаре (31 день) были выявлены: гематурия, протеинурия, пиурия, креатинин крови – нарастал от 160 мкмоль/л до 700,7 мкмоль/л. При нарастающих явлениях сердечно-легочной недостаточности наступила смерть.

Клинический диагноз: Идиопатический системный васкулит. Поражение ЦНС по типу острого нарушения мозгового кровообращения с правосторон-

ней гемиплегией, тотальной моторной афазией, поражением почек в виде диффузного гломерулонефрита с развитием почечной недостаточности, почечной гипертензией; Поражение сердца – инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка; Поражение кожи некрозы пальцев кистей и стоп; Поражение желудочно-кишечного тракта – эрозивный гастрит, желудочное кровотечение.

На аутопсии выявлены: некрозы мягких тканей кистей и стоп, множественные мелкоточечные инфаркты головного мозга локализованные диффузно в коре, подкорковых ядрах, мозжечке и стволе головного мозга; множественные инфаркты миокарда, почек, селезенки, подкожной жировой клетчатки и кожи; множественные эрозии желудка, кишечника; двусторонняя полисегментарная гнойная бронхопневмония.

Микроскопическое исследование: после фиксации, заливки в парафин микропрепараты были окрашены гематоксилином и эозином. Головной мозг: выраженные явления периваскулярного и перичеллюлярного отека, полнокровие капилляров, деструктивный панартериит с очаговой нейтрофильной инфильтрацией периваскулярных зон вещества головного мозга, множественные некрозы. Миокард: полнокровие, стазы, диапедезные кровоизлияния, некрозы стенок капилляров, периваскулярная нейтрофильная инфильтрация, кариоцитоллизис кардиомиоцитов. Почки: участки некроза почечной паренхимы, некрозы стенок сосудов, очаговая пролиферация эндотелия сосудов, с явлениями склероза. Селезенка: множественные некрозы паренхимы, деструктивный панваскулит сосудов лимфатических фолликулов. Надпочечник: диапедезные кровоизлияния, очаговые некрозы. Желудок, кишечник: полнокровие, стазы в сосудах, множественные поверхностные дефекты слизистой оболочки, диапедезные кровоизлияния в слизистом и подслизистом слоях. Легкое: отек интерстиция, полнокровие сосудов межальвеолярных перегородок с явлениями стаза, некрозы стенок капилляров, очаговая пролиферация эндотелия с гигантоклеточной трансформацией, в просвете бронхов и отдельных альвеол гнойный экссудат. Печень: полнокровие центральных вен, умеренная дистрофия гепатоцитов периферических отделов долек.

Анализ данных аутопсии и микроскопического исследования позволил подтвердить клинический диагноз и выявить главные звенья танатогенеза (обусловленное некрозом сосудистой стенки необратимое повреждение тканей головного мозга, миокарда, почек и легких).

Соболев С.Б., Чижов П.А., Комлева Т.С.

СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ярославская Государственная медицинская академия г. Ярославль

Цель исследования: Изучить сезонные отличия клинико-лабораторных показателей у больных с ревматической болезнью сердца (РБС) в зависимости от наличия хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы исследования: Истории болезни пациентов находившихся на лечении в больнице им Н.В. Соловьёва с диагнозом: РБС в 1992 - 2000г.г.; больные ревматизмом в период повторных атак ревматизма и в неактивную фазу болезни.

Методы исследования: Клиническое обследование с заполнением анкеты. Лабораторное исследование: общий анализ крови, исследование сы-воротки на АСЛ-О, СРБ, ДФА, АСТ, АЛТ. Статистические методы: критерий Стьюдента, альтернативное варьирование, корреляционный анализ.

Полученные результаты: Из 239 пациентов с РБС ХСН диагностирована у 197 человека. У 42 больных клинические признаки ХСН отсутствовали. В результате исследования установлено, что сезонные отличия изученных показателей в группах больных РБС с ХСН и без нее различны. В группе больных без ХСН выделяются два периода года – зима и лето. Зимой у больных этой группы наиболее высокое относительное и абсолютное содержание эозинофилов и наименьшее, чем во все другие периоды года, относительное и абсолютное число палочкоядерных нейтрофилов и абсолютное количество сегментоядерных нейтрофилов. Это определяет и наиболее низкое общее количество лейкоцитов в зимний период года у данной группы больных. Летом у больных РБС без ХСН установлены наиболее низкие относительное и абсолютное содержание моноцитов, содержание эритроцитов и гемоглобина.

При анализе данных в целом по группе больных РБС с ХСН установлено, что летом наименьшие систолическое и диастолическое артериальное давление и наиболее высокое абсолютное содержание сегментоядерных нейтрофилов. Зимой у пациентов этой группы наиболее высокий уровень АЛТ. В противоположность этому, уровень натрия в крови зимой ниже, чем во все другие периоды года. Уровень АСЛ-О весной достоверно выше, чем летом.

Выводы: Клинико-лабораторные показатели у больных РБС при наличии ХСН имеют выраженные сезонные отличия, что необходимо учитывать при проведении обследования и лечении таких больных.

Сороцкая В.Н.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тульский Государственный Университет, Тульская областная больница

АКТУАЛЬНОСТЬ

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ причин летальных исходов у 97 больных, страдавших аутоиммунными ревматологическими заболеваниями (РЗ). Анализ проводился по материалам медицинской документации (амбулаторные карты и истории болезни) и данным патологоанатомических исследований.

Патологоанатомическое исследование проводилось в 83%. По нозологическим формам анализировали 46 случаев смерти от РА: 25 случаев – СКВ, 9 случаев – ББ, 9 случаев – ССД и 8 случаев – васкулиты.

Результаты. Основными осложнениями, приведшими к летальным исходам у пациентов с аутоиммунными РЗ были следующие:

в 43 случаях (44,3%) - хроническая почечная недостаточность;

в 21 случае (21,6%) - септические осложнения;
в 15 случаях (15,5%) – сердечно-сосудистая патология;
в 11 случаях (11,3%) – желудочно-кишечные кровотечения;
в 4 случаях (4,1%) – онкологические заболевания.

Заклучение

Таким образом, наиболее частым осложнением у больных с аутоиммунными РЗ явилась ХПН (43% от всех причин летальных исходов) как следствие амилоидоза у больных РА и ББ; люпус-нефрит при СКВ и склеродермическая почка при ССД.

Сороцкая В.Н.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тульский Государственный Университет, Тульская областная больница

Актуальность
Целью работы было изучение влияния РЗ на продолжительность жизни больных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 300 случаев летальных исходов у больных РЗ: 105 случаев в 3 ревматологических отделениях и 195 случаев в 10 Центральных районных больницах Тульской области (ТО). Анализ проводился по материалам медицинской документации (амбулаторные карты и истории болезни) и данным патологоанатомических исследований.

Результаты. Летальные исходы наступили в 68% (204 случая) у женщин и 32% (96 случаев) у мужчин.

Средний возраст умерших от РЗ составляет 55 лет, что ниже, чем по ТО – 63 лет ($P<0,05$) и по РФ – 65 лет ($P<0,05$);

- средний возраст умерших женщин от РЗ составляет 58 лет, что значительно ниже, чем в популяции женщин в ТО – 70,8 лет ($P<0,05$) и в целом по РФ – 72,2 ($P<0,05$);

- средний возраст умерших мужчин составляет 52 года, что так же ниже чем в ТО – 56,4 ($P<0,05$), и в РФ – 59 лет.

При сравнении среднего возраста умерших по нозологическим формам обращает внимание более молодой возраст умерших от СКВ (42 г.) ($P<0,05$) как у мужчин 39,7 лет, так и у женщин 42 г. по сравнению со средней летальностью от РЗ (55 лет), у умерших от ББ средний возраст 47,9 лет.

Заклучение

Таким образом, анализ летальных исходов показывает, что РЗ являются заболеваниями, приводящими к достоверному снижению продолжительности жизни на 10 – 20 лет, чем в популяции населения в целом, что особенно заметно у больных с ДЗСТ, в частности больных СКВ, (у женщин с СКВ снижение средней продолжительности жизни на 30 лет).

Сороцкая В.Н.

СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАК ПРИЧИНЫ СМЕРТИ, У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тульский Государственный Университет. Тульская областная больница

Актуальность

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 300 случаев летальных исходов у больных РЗ: 105 случаев в 3 ревматологических отделениях и 195 случаев в 10 Центральных районных больницах Тульской области (ТО). Анализ проводился по материалам медицинской документации (амбулаторные карты и истории болезни) и данным патологоанатомических исследований.

Результаты. Септические осложнения выявлены у 23 умерших: у 11 - РА, 10 - СКВ и в 2 - ХРБС, преимущественно женщин (19) молодого возраста. В 6 случаях причиной смерти явилась пневмония; в 2 случаях - уросепсис, как осложнение хронического пиелонефрита; в 2 случаях - хирургические вмешательства, осложнившиеся септическим процессом; в 11 случаях - локализация очагов инфекции в коже и подкожной клетчатке с последующей генерализацией септического процесса и по 1 случаю - отит и менингит, также с септическими осложнениями.

Анализ микробной флоры по результатам бактериальных посевов показал, что в 6 случаях имело место стафилококковая инфекция, в 5 случаях - стрептококковая инфекция, в 2 случаях - грибковая флора и в 2 случаях - вирусная инфекция.

Заключение. Таким образом, в целом по анализируемой группе, при септических осложнениях у больных с РЗ выявлено три основных пути инфекции: органы дыхания, кожные покровы и мочеполовая система.

Сороцкая В.Н.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тульский Государственный Университет, Тульская областная больница

Актуальность

В медицинской литературе активно обсуждается вопрос о частоте онкологической патологии у больных ревматологическими заболеваниями (РЗ), особенно при ревматоидном артрите (РА).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 300 случаев летальных исходов у больных РЗ: 105 случаев в 3 ревматологических отделениях и 195 случаев в 10 Центральных районных больницах Тульской области (ТО). Анализ проводился по материалам медицинской документации (амбулаторные карты и истории болезни) и данным патологоанатомических исследований.

Результаты. Из 300 проанализированных историй болезни, выявлено 12 случаев онкологических заболеваний, что составило 4%, причем причиной летального исхода раковая интоксикация явилась в 10 случаях - 3,3%. Эти данные значительно ниже, чем в популяции.

Так, при анализе всей группы умерших в Тульской области за 2000 г. летальные исходы от онкопатологии составили 10,6%, в РФ – 13,2%.

Следует отметить, что онкологическая патология отмечена у лиц старшей возрастной группы (60,4 года), что является средне-популяционным возрастом летальных исходов при онкопатологии. Нами не было выявлено случаев лимфопролиферативных заболеваний.

Заключение. Как видно из представленных данных, во всех 12 случаях у больных имелся длительный анамнез по РЗ, и присоединение онкопроцесса явилось вторым конкурирующим заболеванием (но не паранеопластическим синдромом), что послужило причиной смерти в 10 случаях, а в 2 - смерть наступила от осложнений РЗ (амилоидоз и желудочное кровотечение). Совершенно очевидно, что четкой связи онкологического процесса с определенными нозологическими формами РЗ нет, как и нет какой-либо преимущественной локализации опухолевого процесса.

Сороцкая В.Н.

ЧАСТОТА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО ПРИЧИНЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ РЕВМА- ТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тульский Государственный Университет, Тульская областная больница

Актуальность

А **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 300 случаев летальных исходов у больных РЗ: 105 случаев в 3 ревматологических отделениях и 195 случаев в 10 Центральных районных больницах. Анализ проводился по материалам медицинской документации (амбулаторные карты и истории болезни) и данным патологоанатомических исследований.

Результаты. При анализе всей группы умерших причиной смерти в 49 случаях явились инфекционные осложнения, в 26 случаях - инфекционный эндокардит, что составило 8,6% от всех причин летальных исходов в анализируемой группе.

Практически все больные страдали ХРБС и лишь в одном случае инфекционный эндокардит развился у 30-летнего мужчины с болезнью Вебера Крисчена. Большинство летальных исходов было у мужчин (19) в относительно молодом возрасте (30-50 лет).

Анализ данных патологоанатомического исследования умерших от инфекционного эндокардита показал, что в 73% случаях он явился осложнением сочетанного и комбинированного поражения (стеноз и недостаточность митрального и аортального) клапанов, в 27% случаях поражения аортального клапана.

Заключение. Таким образом, инфекционный эндокардит как причина смерти, имел место в подавляющем большинстве у мужчин молодого возраста с хронической ревматической болезнью сердца. Анализ историй болезни выявил отсутствие настороженности у врачей, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах в отношении диагностики и профилактики инфекционного эндокардита, в том числе у высоколихорадящих больных с пороками сердца.

*Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Надирадзе С.Б., Аль Агбари Халед,
Мартемьянов В.Ф.*

ОСОБЕННОСТИ ЭНЗИМНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ РЕВМАТИЗМА В ЗАВИСИ- МОСТИ ОТ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Достаточно хорошо известно, что недостаточность кровообращения оказывает существенное влияние на многие клинико-лабораторные и иммуно-биохимические показатели крови, что нередко приводит к затруднениям при изучении генеза причин сердечно-сосудистой недостаточности. Подобная ситуация характерна и для ревматизма на фоне сердечной недостаточности, где достаточно сложно бывает выяснить чем обусловлены изменения некоторых параклинических параметров: недостаточностью кровообращения, вызванной гемодинамическими нарушениями вследствие органических пороков сердца, или активностью ревматического процесса, или всеми этими факторами в комплексе.

Целью нашей работы и явилось выяснение возможного влияния недостаточности кровообращения на показатели активности энзимов пуринового метаболизма: гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) и содержание мочевой кислоты (МК) у больных ревматизмом в активной фазе болезни.

Под наблюдением находились 77 больных ревматизмом, из которых у 67 определялась I-я степень активности и у 10 – II-я степень активности патологического процесса. Среди больных с I-й степенью активности были 13 с H-I стадией, 32 – с H-2A стадией и 22 больных с H-2B стадией. С II-й степенью активности наблюдались 5 больных с H-2A стадией и 5 – с H-2B стадией недостаточности кровообращения.

У больных с I-й степенью активности при поступлении на лечение в сыроворотке крови наблюдалось повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p<0,01$). Через 10-12 дней лечения отмечалась достоверная положительная динамика ГДА, ПНФ и ГФ, а по окончании курса лечения произошла существенная динамика всех энзимных показателей, но активность ГДА ($p<0,01$) и ГФ ($p<0,001$) так и остались повышенными.

У больных с H-2A стадией при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, обнаружено повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$), уровня МК ($p<0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p<0,001$). Через 10-12 дней наблюдалась положительная динамика всех энзимных показателей, которая стала еще более выраженной перед выпиской, но все энзимные показатели имели отличия от здоровых: остались повышенными активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$), МК ($p<0,01$) и сниженной активность ГЗДА ($p<0,001$). У больных с H-2B стадией при поступлении, по сравнению со здоровыми, выявлено повышение активности ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$), уровня МК ($p<0,001$) и снижение активности ГЗДА ($p<0,001$). По окончании курса лечения отмечалась достоверная положительная динамика всех энзимных показателей, но все они, включая и содержание МК, не достигали уровня нормы. Сравни-

тельный анализ показал, что у больных с Н-I стадией, по сравнению с Н-2А стадией, ниже активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), уровень МК ($p<0,001$), но выше активность ГЗДА ($p<0,001$) и ГФ ($p<0,001$), а по сравнению с Н-2Б стадией также ниже активность ГДА, ПНФ, уровень МК и выше активность ГЗДА и ГФ (все $p<0,001$). При Н-2А стадии, по сравнению с Н-2Б стадией, ниже активность ГДА, ПНФ, уровень МК и выше активность ГЗДА и ГФ (все $p<0,001$).

У больных с II-й степенью активности и Н-2А стадией, по сравнению с Н-2Б стадией и той же активностью процесса, ниже активность ГДА, ПНФ и выше ГЗДА и ГФ (все $p<0,01$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что недостаточность кровообращения существенно влияет на активность ферментов пуринового метаболизма и что необходимо учитывать при диагностике активности патологического процесса.

Старова О.В., Гонтарь И.П., Александров А.В., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Сычева Г.Ф., Емельянов Н.И., Зборовская И.А.

ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ

Ревматические заболевания (РЗ) характеризуются иммуновоспалительным поражением соединительной ткани и ее производных, что проявляется множественным поражением органов и тканей. Наибольшей распространенностью и системностью поражения обладают ревматоидный артрит (РА), системная красная волчанка (СКВ) и системная склеродермия (ССД). При данных заболеваниях в первую очередь поражаются сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, дыхательная, эндокринная и нервная системы.

Целью работы является оценка степени и характера поражения щитовидной железы (ЩЖ), а также выявление особенностей антителогенеза к ее гормонам при РА, СКВ и ССД.

Методы исследования: были обследованы 45 пациентов с данными РЗ, у которых выявлялись признаки поражения ЩЖ, как клинические (наличие соответствующих жалоб, внешние проявления), так и лабораторные – изменение количества тиреоидных гормонов (ТТГ, Т₃, Т₄) и антитиреоидных аутоантител. Основными иммуноглобулинами, играющими ведущую роль в патогенезе аутоиреоидной патологии, являются антитела к рецепторам ТТГ (LATS) и цитотоксические антитела, среди которых различают антитиреоглобулиновые (аТГ), антимицросомальные (аТПО), антицитоплазматические и антинуклеарные аутоантитела. Только первые 2 типа имеют практическое значение в диагностике аутоиреоидной патологии. В доступной литературе нам не встретилось данных о наличии антител к таким гормонам ЩЖ, как Т₃ и Т₄.

Результаты. В ходе обследования была выявлена высокая распространенность тиреоидной патологии – 28% у больных РА, 13% среди больных СКВ и до 95% у больных ССД. Наиболее частые формы поражения ЩЖ –

гипертиреоз, гипотиреоз и аутоиммунный тиреоидит Хашимото. Изменения количества тиреоидных гормонов наблюдались у 5,9% всех больных ревматическими заболеваниями – из них повышенный уровень ТТГ имели 34%, сниженный уровень ТЗ – 45%.

Процент выявления антитиреоидных антител при обследовании больных РА составил 33%, у больных СКВ – 51% против 2% у лиц контрольной популяции. Даже в случаях отсутствия каких либо клинических или биохимических изменений со стороны ЩЖ наличие этих антител, тем не менее, отражает морфологические изменения внутри ЩЖ.

Была отмечена еще одна особенность поражения ЩЖ. При увеличении количества антитиреоидных антител, клинически нарастали признаки гипотиреоза у больных РЗ, что возможно связано с взаимодействием свободно циркулирующих гормонов и соответствующих антител.

ТЗ и Т4 являются недостаточно водорастворимыми веществами, они растворяются в водных и спиртовых растворах щелочей. По-этому, чтобы изучить антителогенез к данным гормонам, нужно получить их водорастворимые формы, которые могут применяться в традиционном варианте иммуноферментного анализа.

Выводы. Комплексное изучение количества тиреоидных гормонов (ТТГ, ТЗ, Т4) и антител к ним важно для определения нарушений функций ЩЖ при РА, СКВ и ССД, проведения адекватной терапии и перспективы создания моноклональных препаратов, позволяющих снизить уровень антитиреоидных антител и тем самым регулировать процессы метаболизма в организме при РЗ.

Стовичек О.А., Чижов П.А.

СОДЕРЖАНИЕ ОКСИПРОЛИНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И СОЧЕТАНИИ ЕГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЮЩЕЙ МИЛДРОНАТ

Ярославская государственная медицинская академия

Остеоартроз (ОА) - заболевание, в основе которого лежит нарушение анаболизма и катаболизма хрящевой ткани, одним из структурных элементов которой является коллаген. Последний содержится не только в хряще, но и в строме всех внутренних органов. Одним из маркеров обмена соединительной ткани является оксипролин (ОП).

Цель исследования: изучить содержание: свободного (СОП) и белково-связанного (БСОП) ОП у больных ОА и его сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) под влиянием терапии, включающей милдронат.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 35 больных ОА и 63 – ОА в сочетании с ГБ (18 мужчин и 80 женщин), средний возраст которых составил $48,65 \pm 0,81$ лет. В подавляющем большинстве случаев выявлялось поражение 2-3 суставов. 64 человека (25 с ОА и 39 с ОА+ГБ) в дополнение к традиционной терапии ОА и ГБ получали в течение месяца милдронат в дозе 250 мг три раза в сутки. Содержание СОП и БСОП сыворотки крови определяли методом П.Н.Шараева (1981). Исследование ОП проводилось до лечения, после 30-дневного лечения и через 1,5 месяца по

окончании курса терапии. В качестве контрольной группы обследовано 50 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.

Результаты: у больных ОА установлено достоверное повышение СОП и БСОП по сравнению с контрольной группой ($0,066 \pm 0,0008$ и $0,118 \pm 0,002$ соответственно против $0,034 \pm 0,0007$ и $0,081 \pm 0,0005$, $p < 0,0001$). Содержание СОП не зависело от пола больных ($p > 0,05$), а концентрация БСОП была достоверно выше у мужчин, чем у женщин ($0,131 \pm 0,008$ и $0,116 \pm 0,0007$ соответственно, $p < 0,05$). У больных моложе 40 лет содержание СОП и БСОП достоверно ниже, чем у лиц более старшего возраста ($p < 0,05$).

Достоверных различий показателей СОП и БСОП в группах больных с ОА и ОА в сочетании с ГБ не выявлено. Вместе с тем установлена положительная корреляционная связь между содержанием СОП и стадией ОА ($r = +0,51$), стадией ($r = +0,3$) и степенью ($r = +0,3$) ГБ.

После лечения, включающего милдронат, содержание СОП в группе больных ОА снизилось с $0,066 \pm 0,001$ до $0,042 \pm 0,0008$ ($p < 0,05$), БСОП - с $0,119 \pm 0,002$ до $0,095 \pm 0,0008$ ($p < 0,05$), что больше, чем в группе больных, получавших традиционную терапию (уровень СОП снизился с $0,064 \pm 0,003$ до $0,05 \pm 0,001$, $p < 0,05$; уровень БСОП снизился с $0,116 \pm 0,002$ до $0,103 \pm 0,001$, $p < 0,05$). В группе больных с комбинацией ОА с ГБ при терапии с милдронатом уровень СОП и БСОП также снизился в большей степени, чем при одной традиционной терапии (снижение СОП с $0,067 \pm 0,001$ до $0,043 \pm 0,001$, $p < 0,05$ и БСОП с $0,118 \pm 0,002$ до $0,097 \pm 0,0008$, $p < 0,05$; у лиц, не получавших милдронат снижение СОП с $0,067 \pm 0,002$ до $0,048 \pm 0,001$, $p < 0,05$ и БСОП с $0,12 \pm 0,003$ до $0,105 \pm 0,0009$, $p < 0,05$). Через 1,5 месяца после лечения уровень ОП сохранялся на том же уровне, как после окончания лечения.

Выводы: у всех обследованных больных с ОА и комбинацией его с ГБ выявлено повышение содержания СОП и БСОП в сыворотке крови, более выраженное у лиц старше 40 лет. У мужчин, уровень БСОП был выше, чем у женщин. Включение милдроната в терапию ОА и его сочетании с ГБ способствует большему снижению уровня ОП в крови, как СОП, так и БСОП, по сравнению с одной традиционной терапией.

Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А., Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Первичная фибромиалгия (ПФ) представляет собой внесуставное ревматическое заболевание, которое характеризуется генерализованной мышечной болью, утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением уровня болевого порога при пальпации в определенных точках. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении ПФ, заболевание сохраняет за собой статус одной из наиболее дискуссионных проблем ревматологии. Вопрос о возмож-

ных причинах, механизмах развития и эффективных методах лечения ПФ остается по-прежнему актуальным.

Целью исследования было изучение взаимосвязей между болевым синдромом и особенностями психологического статуса у больных ПФ.

Материалы и методы. Обследуемая группа составила 100 больных ПФ. Все пациенты были женщины в возрасте от 24 до 51 года. Выраженность мышечного болевого синдрома оценивалась с помощью визуально-аналоговой шкалы. Личностное реагирование на болезнь определялось с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Исследование уровня невротизации проводилось с использованием методики «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП) в модификации Л.Л.Дмитриевой (1990 г.).

Результаты. По степени выраженности мышечного болевого синдрома больные ПФ были разделены на две подгруппы: I подгруппа (57 больных ПФ) - с умеренной, периодически возникающей мышечной болью; II подгруппа (43 больных ПФ) - с сильной, почти постоянной болью. Изучение взаимосвязей выраженности болевого синдрома и типов отношения к болезни в данных подгруппах показало, что наличие выраженного и постоянного болевого синдрома у больных ПФ II подгруппы (8-10 баллов) было сопряжено с формированием неврастенического ($K_s=0,309$ при $p<0,05$), сенситивного ($K_s=0,265$ при $p<0,05$) и эгоцентрического ($K_s=0,211$ при $p<0,05$) типов реагирования. Низкая интенсивность болевого синдрома у пациентов первой подгруппы (4-7 баллов) была сопряжена с наиболее адаптивным эргопатическим типом отношения к болезни.

При изучении уровня невротизации было установлено, что для пациентов с умеренной интенсивностью мышечных болей (I подгруппа) характерно достоверно значимое ($p<0,05$) повышение баллов по шкалам депрессии ($6,17\pm0,16$ балла), астении ($6,37\pm0,21$ балла) и, особенно, тревоги ($8,16\pm0,69$ балла). С усилением болевого синдрома до 8-10 баллов (II подгруппа) наблюдалось достоверное повышение ($p<0,05$) показателей по шкалам депрессии ($7,3\pm0,20$ балла), астении ($7,29\pm0,20$ балла) и ипохондрии ($6,16\pm0,30$ балла).

Выводы. Таким образом, усиление мышечного болевого синдрома у больных ПФ ведет к формированию дезадаптивных вариантов отношения к болезни (неврастенического, сенситивного и эгоцентрического) и сопровождается значительным ростом астено-депрессивных тенденций. Полученные данные могут быть полезны и приняты во внимание при разработке индивидуальной тактики лечебно-реабилитационных мероприятий с целью улучшения качества проводимого лечения.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Уровень субъективного контроля (УСК) – качество, характеризующее склонность субъекта приписывать ответственность за **результаты** своей деятельности внешним силам (экстернальный, внешний локус контроля), либо собственным способностям и усилиям (интернальный, внутренний локус контроля).

Целью исследования явилось изучение особенностей формирования уровня субъективного контроля у больных с синдромом первичной фибромиалгией (ПФ).

Материалы и методы. Обследование проводилось амбулаторно с использованием стандартизированной психологической методики определения УСК. В медико-психологическое исследование было включено 100 больных ПФ. Все больные были женщинами в возрасте от 24 до 51 года.

Результаты исследования. Исследование УСК среди данной категории больных позволило отметить значительное снижение показателей в сферах общей интернальности ($2,98 \pm 0,31$), интернальности в области достижений ($3,08 \pm 0,34$) и неудач ($3,42 \pm 0,30$), межличностных отношений ($3,54 \pm 0,25$) и здоровья ($2,87 \pm 0,32$), что указывает на экстернальность установок пациентов ПФ по данным шкалам.

Отмеченные тенденции могут свидетельствовать о том, что большинство больных ПФ не видят связи между своими действиями и значимыми событиями, происходящими в их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие и возлагают ответственность за происходящие с ними события на других людей (в том числе на врачей), что может обуславливать пассивные позиции в отношении борьбы со своим заболеванием, нежелание придерживаться назначенного курса лечения; реже проявлять активность в отношении профилактических мероприятий. Это может осложнять течение заболевания и создавать значительные затруднения в ходе реализации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Выводы. Таким образом, успешное лечение требует активного вовлечения пациентов в процесс терапии, а также изменения их установок и образа жизни. Состояние большинства пациентов ПФ может быть значительно облегчено, если больной и врач формируют рабочее партнерство и пациент становится активным участником лечебного процесса, приобретает опыт контролируемости ситуации, берет на себя ответственность за строгое соблюдение лечебно-реабилитационного режима, для чего могут быть использованы определенные виды психотерапевтических методов лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Цель исследования: изучить особенности формирования субъективного контроля в зависимости от степени клинической дезадаптации у больных синдромом первичной фибромиалгии (СПФ).

Материалы и методы: Обследуемая группа составила 100 человек. Все пациенты были женщины в возрасте от 24 до 51 года. Изучение субъективного контроля проводилось по методике УСК (Е.Ф.Бажин, 1984 г.). Степень выраженности основных клинических симптомов заболевания таких как мышечная боль, утомляемость, скованность, головная боль и нарушение сна оценивались визуально-аналоговой шкалой и выражались в баллах: от 0 до 3 баллов – отсутствие или слабая выраженность клинических проявлений, от 4 до 7 баллов – умеренной выраженности, часто присутствующие и от 8 до 10 баллов – сильные, почти постоянные.

Полученные результаты. Как показывают результаты нашего исследования, показатели интернальности шкалы УСК в отношении здоровья у больных с ПФ обратно коррелировали с высокой интенсивностью (8-10 баллов) таких клинических симптомов заболевания как мышечная боль ($r=-0,375$ при $p<0,05$), скованность ($r=-0,325$ при $p<0,05$), утомляемость ($r=-0,433$ при $p<0,05$) и нарушение сна ($r=-0,292$ при $p<0,05$). Также было обнаружено, что в группе больных ПФ с высокой интенсивностью мышечных болей наблюдалось достоверно более низкие показатели по шкалам интернальности достижений ($1,95\pm0,29$ при $p<0,05$), неудач ($2,71\pm0,18$ при $p<0,05$) и межличностных отношений ($2,58\pm0,21$ при $p<0,05$), по сравнению с группой больных с умеренно-выраженным болевым синдромом, что свидетельствует о наличии выраженных экстернальных тенденций по отношению к этим сферам реагирования у данной группы пациентов. Анализ по другим шкалам теста УСК позволил также отметить, что больные ПФ, не испытывающие выраженной утомляемости и расценивающие её как «слабо выраженную», имели достоверно более высокие показатели в отношении общей интернальности ($5,23\pm0,45$ и при $p<0,05$) и интернальности производственных отношений ($6,24\pm0,43$ при $p<0,05$), в большей степени ощущали себя «хозяевами» своей судьбы, являлись более ориентированными на успех в производственной сфере. И, напротив, показатели экстернальности в области производственных отношений были достоверно ниже в группе лиц, отмечающих сильную утомляемость ($2,12\pm0,26$ при $p<0,05$) и скованность ($2,72\pm0,23$ при $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, обнаруженные взаимосвязи между установочными тенденциями УСК и степенью клинической дезадаптации больных с ФМ могут быть полезны и приняты во внимание при выборе индивидуальной тактики лечебно-реабилитационных мероприятий у данной категории больных.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия, г.Киров.

Цель. Изучить клиническое значение показателей стабильных метаболитов оксида азота (мНО) у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) в зависимости от клинических особенностей болезни.

Материал и методы. Исследование проведено у 34 больных (26 мужчин, 8 женщин) с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилоартрита (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям АС). Средний возраст пациентов составил $36,26 \pm 6,4$ лет, средняя длительность заболевания $7,46 \pm 4,68$ лет. По длительности болезни больные были разделены на 3 группы: стаж АС до 5 лет, 5 – 10 лет и более 10 лет. Центральная форма АС выявлена у 18, периферическая у 16 больных. Активность у 8 больных соответствовала I степени, у 18 – II, у 8 – III степени. По стадии сакроилеита АС больные распределились следующим образом: II – 8, III – 19, IV – 7 пациентов. Системные проявления (субфебрилитет, анемия, похудание) выявлены у 12 больных, висцеральные проявления (увейт, аортальная недостаточность, вторичный амилоидоз) – у 7 больных. 17 человек получали лечение только нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), 17 больных находились на базисной терапии (проспидин, метотрексат, сульфасалазин). Стабильные мНО определяли в сыворотке крови и моче с предварительным осаждением белков методом спектрофотометрии с реактивом Грисса.

Результаты. Выявлено увеличение концентрации мНО в крови ($27,2 \pm 9,12$ ммоль/л) и моче ($14,65 \pm 7,65$ ммоль/л), по сравнению с контрольной группой здоровых доноров ($n=30$) в крови ($4,2 \pm 0,1$) и моче ($2,1 \pm 0,09$) $p < 0,05$. Отмечена закономерность нарастания показателей мНО с увеличением степени активности АС, при I степени – средние значения мНО в крови $23,0 \pm 2,83$, в моче – $12,35 \pm 1,83$, при II – в крови $27,2 \pm 2,58$, в моче $13,55 \pm 1,83$, при III степени $29,9 \pm 4,85$ и $15,25 \pm 3,23$ ммоль/л соответственно. Содержание мНО положительно коррелировало с такими показателями активности, как уровень СОЭ: в крови ($r = 0,297$), в моче ($r = 0,239$) и уровень фибриногена: в крови ($r = 0,304$), в моче ($r = 0,325$) $p < 0,05$. Содержание мНО в сыворотке крови имело обратную корреляцию с длительностью заболевания ($r = -0,375$, $p < 0,05$), в группе больных со стажем болезни более 10 лет выявлены наиболее низкие показатели мНО. Достоверных различий показателей мНО в зависимости от формы и стадии АС не выявлено, ($p > 0,05$). При динамическом обследовании больных, получавших лечение только НПВС выявлены более высокие показатели мНО в сыворотке крови и в моче, чем в группе больных АС, находившихся на базисной терапии.

Выводы. Полученные результаты указывают на повышение содержания мНО у больных АС по сравнению с группой здоровых доноров. Это позволяет рекомендовать определение показателей стабильных метаболитов оксида азота у больных анкилозирующим спондилоартритом как критерий неблаго-

приятного течения заболевания и показатель активности АС, а также как дополнительный критерий оценки эффективности проводимой базисной терапии.

Суцук Е.А., Салман Расем, Наджиб И.В., Шипаева А.Л., Александров А.В., Сычева Г.Ф., Сизова М.В., Зборовская И.А., Гонтарь И.П.

АУТОАНТИТЕЛА К ФЕРМЕНТАМ-АНТИОКСИДАНТАМ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Цель исследования: изучение образования аутоантител (АТ) к ферментам системы антиоксидантной защиты церулоплазмину (ЦП), каталазе (КАТ), глутатион-пероксидазе (ГП) при системных заболеваниях соединительной ткани.

Пациенты и методы: В исследование было включено 60 больных СКВ (95% женщин) в возрасте от 18 до 63 лет с продолжительностью болезни от 1 до 24 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении. Активность СКВ оценивалась с помощью индекса European Consensus Lupus Activity Measure (ECLAM), повреждение (необратимые изменения в состоянии здоровья) с помощью индекса SLICC/ACR Damage Index. Течение СКВ определялось по критериям В.А.Насоновой, 1972. В качестве контрольной группы служили 30 практически здоровых лиц - доноров станции переливания крови.

Для выявления АТ к ЦП, КАТ, ГП был использован метод непрямого иммуноферментного анализа. В лунки полистиролового планшета (Immulon, Dynatech) вносились белки в концентрации 5 – 15 мкг/мл и инкубировались в течение 16 часов при 4°C. После отмытки вносились исследуемые сыворотки в разведении 1:200, одновременно ставился положительный и отрицательный контроль. После завершения инкубации вносились меченные индикаторным ферментом вторичные антитела, а затем – субстрат-хромогенная смесь. Результаты учитывали на многоканальном спектрофотометре с вертикальным ходом луча. Положительными считались пробы, в которых значения оптической плотности превышали 3 стандартных отклонения среднего значения для здоровых лиц, которое составило 0,105 е.о.п. АТ определялись при поступлении в стационар, при выписке больных, а также через 3 месяца от момента поступления. Учитывалась иммуносупрессивная терапия, которую получали больные в это время.

Результаты: В сыворотках больных СКВ были выявлены следующие АТ: АТ к ЦП у 26 (43,3%), АТ к КАТ у 32 (53,3%), АТ к ГП у 22 (36,7%) больных. У части пациентов одновременно выявлялись АТ к нескольким ферментам: у 14 больных – к 3 ферментам, у 12 – комбинации АТ к 2 ферментам (в 7 случаях АТ к КАТ и ЦП, в 3 случаях АТ к ГП и КАТ и в 1 случае АТ к ГП и ЦП). Ни у одного лица контрольной группы АТ не выявлено. В случаях обнаружения АТ, их уровни варьировали от 0,184 до 1,132 е.о.п. АТ к ЦП, КАТ и ГП значительно чаще выявлялись у больных с активной СКВ (значения индекса ECLAM > 2) ($p=0,03$), также отмечена положительная корреляция между уровнем АТ и значениями индекса активности ECLAM (для АТ к ЦП $r=0,510$; $p=0,004$; для АТ к КАТ $r=0,412$, $p=0,003$; для АТ к ГП $r=0,382$, $p=0,04$). Не было выявлено

зависимости выявления АТ от возраста пациентов, продолжительности и характера течения заболевания, а также от значений индекса повреждения. В результате иммуносупрессивной терапии отмечена тенденция к снижению уровня АТ, доля больных положительными по АТ снизилась к моменту выписки из стационара (АТ к ЦП до 41,8%; АТ к КАТ до 49,1%; АТ к ГП до 36,4%) статистически незначимо. Значимое уменьшение числа серопозитивных больных к 3 месяцу терапии было отмечено для АТ к КАТ (снижение до 31,7%).

Выводы: при СКВ наблюдается образование АТ к ферментам антиоксидантной защиты, зависящее от активности заболевания. Выявление АТ имеет определенное диагностическое значение, поскольку у здоровых лиц такие АТ не выявляются. Обнаружение АТ к ферментам антиокислительной системы может служить показанием для активной терапии с включением синтетических антиоксидантов.

Тетерин О.Г., Егоров М.Ф., Баринов А.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ВЕЛИЧИНЫ КОРРЕКЦИИ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Волгоградский научный центр РАМН и Администрации Волгоградской области, ММУ «Городская клиническая больница №3», Волгоград

Варусная деформация коленных суставов, довольно часто является одним из ведущих симптомов деформирующего артроза. Неравномерная нагрузка на суставные поверхности вызывает прогрессирование заболевания. Малотравматичные оперативные вмешательства с использованием чрескостного остеосинтеза позволяют дозированно устранять имеющиеся деформации одновременно на обеих конечностях. Однако нерешенным вопросом является определение достаточности величины коррекции в послеоперационном периоде.

Цель: оптимизировать процесс контроля величины коррекции при исправлении варусной деформации коленных суставов.

Материал и методы: нами разработан способ контроля величины коррекции формы нижних конечностей и устройства для его осуществления (патент РФ № 2192804). Получаемый при этом технический результат состоит в возможности точного измерения расстояния между наиболее выступающими кнутри точками в области коленных суставов. Использование специального устройства позволяет придать стопам в процессе измерений фиксированные положения, что обеспечивает оптимальную коррекцию варусной деформации. В Городском центре ортопедии и косметологии на базе ММУ «Городская клиническая больница №3» г.Волгограда за период с 1994 по 2003 годы с целью коррекции осевых деформаций нижних конечностей при гонартрозе было выполнено 82 оперативных вмешательств у 41 пациента, при этом у 19 больных использован разработанный способ контроля (основная группа). При лечении 22 пациентов контрольной группы применялись традиционные методы анализа величины коррекции (визуальный осмотр, контурография).

Результаты: оценка результатов лечения производилась с использованием объективных и субъективных критериев с выражением их по 5-балльной системе. Учитывались следующие объективные критерии: состоя-

ние механической оси; симметричность формы; состояние мягких тканей; изменения походки; объём движений; мышечная сила. Субъективно оценивались изменения интенсивности болевого синдрома, а также эстетический результат лечения. Результаты оценивались в сроки от 1 года до 6 лет. В основной группе отличный результат лечения получен в 14,6%, хороший в 80,8% и удовлетворительный в 4,6% случаях. Распределение результатов лечения в контрольной группе составило 5,4%; 60,3% и 34,3% соответственно. Период коррекции в основной группе составил в среднем 18 суток, в контрольной – 22.

Обсуждение: сложность реализации лечения состоит в том, что при использовании аппаратов внешней фиксации последние препятствуют объективной оценке полученного результата коррекции, поскольку их габариты не дают возможности пациенту сблизить ноги до их смыкания по внутреннему контуру. Разработанные нами способ и устройство позволяют надёжно контролировать процесс исправления варусной деформации нижних конечностей, снизить материальные затраты путём уменьшения количества контрольных рентгенографических исследований и сокращения срока коррекции.

Выводы: использование способа контроля величины коррекции формы нижних конечностей и устройства для его осуществления позволило достоверно ($p < 0,05$) улучшить результаты лечения, сократить время и упростить процесс анализа проводимой коррекции.

Ткаченко И.В., Багирова Г.Г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СПЕКТР РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИПЛАЗИЕЙ СЕРДЦА

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Актуальность: Синдром соединительнотканной дисплазии сердца (СТДС), как клинически значимое проявление системной соединительнотканной дисплазии (СТД), широко распространен в популяции. В литературе мало работ, посвященных вопросу СТД и ревматическим заболеваниям (РЗ). Первые сообщения свидетельствовали о раннем развитии дегенеративного артрита у больных синдромом Элерса-Данлоса. Клиническое течение ревматоидного артрита и остеоартроза на фоне гипермобильности суставов имеет ряд особенностей. Так ревматоидный артрит протекал доброкачественно, тогда как остеоартроз характеризовался более тяжелыми клиническими проявлениями. У больных ювенильными склеродермией и дерматомиозитом в 9,8% выявлялся ПМК, а в 23,6% - при болезни Рейтера. С другой стороны, распространенность ревматической лихорадки среди пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) составила 5,6%. Однако достаточных сведений об эпидемиологии, спектре и связи РЗ с СТД нет. Это и определило актуальность изучения данного вопроса.

Материалы и методы исследования: Обследовано 194 больных с эхокардиографически подтвержденным ПМК. 60,82% женщин и 39,38% мужчин в возрасте от 15 до 51 года (в среднем $19,37 \pm 5,83$ лет) (основная группа). Определялись внешние фенотипические признаки СТД. 100 человек в воз-

расте от 15 до 35 лет без ПМК и диспластичных маркеров составили группу сравнения. С целью выявления ревматических жалоб у обследуемых использовали анкету, предложенную ГУ Институтом ревматологии РАМН. Для уточнения нозологического диагноза проводился анализ клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты: Установлено, что распространенность ревматических жалоб среди пациентов с СТДС достоверно выше, чем у лиц группы сравнения (50,55% и 17% соответственно, $p < 0,001$). Клинический РЗ диагностировались у 29,38% больных с ПМК.

У определенных первичным скринингом больных основной группы проведенное рентгенологическое обследование в 29,9% ($p < 0,001$) случаях выявило следующие изменения: остеохондроз I стадии (15,98%), остеохондроз II стадии (6,7%), грыжи Шморля (2,58%), дисплазии Шейермана-Мау (2,06%), спондилолистез шейных сегментов позвоночника (1,55%), spina bifida (1,03%), обызвествление по типу бамбуковой палки (0,52%), остеоартроз I стадии (3,09%) и остеоартроз II стадии (6,19%).

На основании полученных данных, а также анализа клинических проявлений определен спектр ревматической патологии, представленный остеохондрозом (16,49%), остеоартрозом (8,76%), дисплазией Шейермана-Мау (2,06%). В единичных случаях были диагностированы реактивный артрит в сочетании с остеохондрозом и остеоартрозом, а также болезнь Бехтерева. Spina bifida, являющаяся спондилодисплазией, ни в одном случае не сочеталась с дегенеративными изменениями суставного аппарата позвоночника. В группе сравнения спектр РЗ представлен в 6% случаях остеохондрозом и в 2% - остеоартрозом (причем в одном случае посттравматическим).

Установлено, выраженность проявлений СТД у больных РЗ была выше ($p < 0,001$). Чем больше степень СТД, тем чаще выявлялись РЗ ($r = 0,30$, $p < 0,05$).

Заключение: Проведенное исследование свидетельствует о высокой распространенности РЗ, преимущественно дегенеративного характера, у больных с СТДС, которая может быть предрасполагающим фактором развития последних.

Ткаченко И.В., Багирова Г.Г., Рогоцкий А.Г.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИИ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: В современной литературе первое место в перечне патологии створок сердца отведено соединительнотканной дисплазии (СТД). Тем временем отмечается сокращение ревматических поражений их. Спектр малых аномалий сердца весьма широк, но наиболее распространенное проявление соединительнотканной дисплазии сердца (СТДС) – пролапс митрального клапана (ПМК). Частота изолированного ПМК оставляет 43,3%-57,4%. Сочетанное пролабирование атриовентрикулярных клапанов (ПАВК) встречается в 17%-79% случаев. Уточнение структуры поражений клапанного аппарата сердца явилось целью нашей работы.

Материалы и методы: В исследование включено 200 пациентов с эхокардиографически диагностируемыми ПАВК, из них 62% женщин и 38% мужчин, средний возраст которых составил $19,59 \pm 5,12$ лет. У них обращалось внимание на наличие фенотипических маркеров СТД.

Результаты: ПМК в целом встречался в 99,5% случаев. Вне зависимости от наличия или отсутствия каких-либо других поражений сердца I его степень установлена в 56,5% случаях, II – в 38,5% и лишь в 4,5% – III. У подавляющего большинства (83%) имелся изолированный ПМК с двукратным преобладанием его I степени (53,5%). Редкой находкой (1%) явился изолированный пролапс глубиной 10мм. 13% составили другие виды внутрисердечной дисплазии: пролапсы трикуспидального (7%) и аортального клапанов (1%), миксоматозное перерождение створок митрального клапана (1%), бicuspidальная аорта (0,5%), аневризмы аорты (1,5%), синусов Вальсальвы (1%), межпредсердной (0,5%) и межжелудочковой перегородок (0,5%), дефект межпредсердной перегородки (0,5%), дилатация сердечных полостей (1,5%), открытое овальное окно (1%), открытый Баталов проток (0,5%), дополнительные папиллярная мышца (0,5%) и трабекулы (0,5%), толстые и множественные хорды (1,5%), эктопия хорд (0,5%). В одном случае был диагностирован только ПТК, сочетающийся с аневризмой синуса Вальсальвы, эктопией хорд и дополнительной трабекулой, что является весьма редкой аномалией (клинически диагностирован синдром Марфана).

5 пациентов имели поствоспалительный ПМК, у 2 их них в анамнезе было четкое указание на острую ревматическую лихорадку. В остальных случаях ультразвуковые признаки изменений клапанного аппарата не были подкреплены анамнестическими данными о ранее перенесенном воспалительном процессе. У 1 больного ПМК I степени сочетался с ультразвуковыми признаками перикардита.

Чаще изолированный ПМК диагностировался у женщин ($p < 0,01$), тогда как сочетанные диспластичные изменения преобладали у мужчин ($p < 0,01$). Вторичный ПМК встретился только у женщин. Наличие и выраженность митральной регургитации (34,17%) прямо зависели от глубины ПМК ($r = 0,64$, $p < 0,05$).

Диспластичный статус был определен в 198 случаях, в том числе и в 4 со вторичным ПМК. Увеличение числа и тяжести СТДС сочеталось с большим количеством внешних проявлений дисплазии ($r = 0,38$, $p < 0,05$). Комплексный анализ фенотипа и ультразвуковой картины сердца позволил диагностировать синдром Марфана в 3 случаях и в 1 – синдром Элерса-Данло. 97,94% составили недифференцированные СТД.

Выводы: Спектр изменений, обусловленный СТДС, достаточно широк. Наиболее частым является наличие ПМК, преимущественно I степени. Нередко он сочетается с другими внутрисердечными проявлениями СТД и, как правило, с внешними фенотипическими маркерами.

Трофименко А.С., Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Красильников А.Н., Шилова Л.Н., Трубенко Ю.А., Никитин М.В., Зборовская И.А.

ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НУКЛЕИНЕМИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Цель исследования – изучение ферментативной активности ДНК-азы I в сыворотке крови больных СКВ.

Материалы и методы. Определение активности ДНК-азы I производилось спектрофотометрическим методом, основанном на определении кислоторастворимой фракции гидролизата, освобождающейся при воздействии фермента на субстрат (0,1% раствор высокополимерной ДНК). Смесь, состоящую из 1 мл субстрата, 2 мл калий - фосфатного буфера pH 7.0, 0,8 мл 0,01 М хлорида магния и 0,2 мл сыворотки инкубировали в течение 2 часов при 37°, а затем реакцию прерывали, добавляя 2 мл 1,5 М хлорной кислоты. Контрольную пробу приготавливали так же, с той лишь разницей, что исследуемую сыворотку добавляли после хлорной кислоты. Пробы центрифугировали в течение 15 мин со скоростью 5 000 оборотов в минуту. Изменение оптической плотности исследовали на спектрофотометре СФ-26 при длине волны 260 нм против контрольной пробы. Таким способом была определена ферментативная активность ДНК-азы I в сыворотке крови у 15 практически здоровых доноров станции переливания крови и 15 больных СКВ с различной степенью активности.

Результаты. Активность ДНК-азы I у доноров составило 9.3 – 9.8 ЕА/мл, что соответствует содержанию ДНК-азы I в крови здоровых лиц. Активность ДНК-азы I в сыворотке крови больных СКВ было в пределах 4,2 – 4,7 ЕА/мл.

Обсуждение. Доказано, что для СКВ характерна аутоагрессия против собственной ДНК с образованием антител к нативной ДНК. Предложено несколько гипотез, объясняющих срыв иммунологической толерантности к собственной ДНК действием вирусов, наследственными нарушениями иммунитета, дисгормональными состояниями и прочими факторами. Однако ни одна из этих гипотез не может считаться вполне доказанной.

В свете указанного вызывает интерес изучение свойств ДНК-азы I. Этот фермент, гидролизующий ДНК, может играть важную роль в нормальной элиминации ДНК из кровеносного русла. Не исключено, что снижение активности ДНК-азы I является причиной нуклеинемии, характерной для СКВ, и индукции иммунного ответа к ДНК.

В последнее время опубликованы данные, свидетельствующие в пользу подобных предположений. В ходе исследования экспериментальных моделей СКВ (мышей линии NZB/W F1) выявлено снижение активности ДНК-азы I в сыворотке крови (Macanovic M., Lachmann P.J., 1997; Yasutomo K. et al., 2001), а также мутация гена, кодирующего ДНК-азу I (Yasutomo K et al., 2001; Schneider M.C. et al., 2001). Более того, направленная мутация этого гена у здоровых мышей вызывала развитие у них СКВ-подобного синдрома (Nariprei M. et al., 2000). У больных СКВ также выявлены снижение активности ДНК-азы I в сыворотке крови и мутация гена ДНК-азы I (Tew M.B. et al., 2001; Yasutomo K et al., 2001; Balada E. et al., 2002). Однако имеются дан-

ные о нарастании активности сывороточного ингибитора ДНК-азы I у больных СКВ (Lachmann P.J., 1961, Frost P.G., Lachmann P.J., 1968). По данным литературы, в роли ингибитора потенциально могут выступать G-актин, гепарин, гистидин, дефицит Mg^{2+} , а также, возможно, антитела к ДНК-азе I. Появление последних весьма вероятно, учитывая как неспецифическую активацию гуморального иммунитета, так и наличие широкого спектра антител к различным ферментам, гормонам, транспортным белкам и иным биохимическим агентам, выявляемые при системной красной волчанке

Выводы. Полученные нами результаты, говорят о снижении ферментативной активности ДНК-азы I в сыворотке крови больных СКВ примерно в 2 раза, что согласуется с данными литературы. Возможно, это снижение связано с наличием специфических антител к ДНК-азе I.

Филиппенко Е. М.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

Кубанская государственная медицинская академия, г.Краснодар, Россия

Проблема острой ревматической лихорадки (ОРЛ) на современном этапе по-прежнему сохраняет общемедицинское значение. Заболевание продолжает встречаться во всех странах мира.

В 1984 г. ВОЗ было отмечено, что заболеваемость ОРЛ в развитых странах резко сократилась в связи с улучшением качества медико-профилактических мероприятий и повышением уровня жизни, и последние 30 лет заболеваемость ОРЛ резко снизилась, а в нашей стране – более чем в 3 раза. Но в течение последнего десятилетия в России по данным литературы отмечались разнонаправленные изменения эпидемиологических показателей ОРЛ, хотя с 1994 по 1997 гг. в нашей стране отмечено снижение распространенности и первичной заболеваемости ОРЛ. Тем не менее сохраняется высокая потенциальная возможность развития ОРЛ у предрасположенных к ней индивидуумов, в основном молодого возраста.

Цель работы – изучить эпидемиологические показатели (заболеваемость и распространенность) ОРЛ на базе муниципальной поликлиники №3 для взрослых г.Краснодара (в работе использован метод аналитического изучения амбулаторных карт и форм №030 У диспансерного учета больных ОРЛ).

Численность населения, обслуживаемого поликлиникой, составляет 49908 человек (на 25 декабря 2003 г.). На учете по поводу ОРЛ в 2003 г. состояло 29 больных (9 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 27 до 75 лет (средний возраст – $53,0 \pm 2,2$ г.).

С 1999 г. по 2003 гг. (включительно) первичная заболеваемость ОРЛ в поликлинике №3 не отмечена, а распространенность составила 0,59. В 1998 г. первичная заболеваемость составила 0,04; в 1997 г. – 0,02; в 1995 г. – 0,08; в 1988, 1990 и 1992 гг. первичная заболеваемость составила 0,02. Распространенность ОРЛ в 1998 г. составила 0,59; в 1997 и 1995 гг., соответственно, 0,55 и 0,53.

Представленные данные показывают, что последние 5 лет первичной заболеваемости ОРЛ в поликлинике №3 не отмечалось, но в предыдущие годы

первичная заболеваемость имела разнонаправленную динамику и 1995 г. была наибольшей.

Рост распространенности ОРЛ в 1995, 1997 и 1998 гг. (несмотря на разнонаправленные сдвиги первичной заболеваемости за указанные годы) обусловлен прежде всего миграционными процессами в крае, в результате заболевания впервые было выявлено у взрослых с уже ранее сформированными пороками сердца.

Таким образом, последние 5 лет не отмечено роста первичной заболеваемости ОРЛ в поликлинике №3 г.Краснодара (среди наблюдаемого взрослого контингента), тем не менее проблема ОРЛ в полной мере сохраняет свою актуальность, учитывая сложность постановки диагноза (в настоящее время, несмотря на значительный прогресс медицины, не существует ни одного строго специфического теста для верификации этого заболевания), а также учитывая особенности течения современного ревматического процесса (учащение латентных и малосимптомных вариантов течения, минимальной степени активности и др. особенности), также обуславливающие определенные трудности в установлении диагноза.

Большое значение для возможного роста заболеваемости ОРЛ имеет и рост миграционных процессов в Краснодарском крае (так в 1992-1994гг в России был выявлен рост первичной заболеваемости по всем формам ревматической болезни сердца за счет заболеваемости детей Северо-Кавказского региона, имеющего неблагоприятные социально-экономические условия на демографические показатели).

При изучении эпидемиологических показателей ОРЛ, несомненно, следует учитывать и трудности установления уровня истинной распространенности заболевания.

Филипченко Е.М.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Кубанская государственная медицинская академия, г.Краснодар, Россия

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – является актуальной проблемой современной медицины и частой причиной летальных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях в возрасте до 35 лет. Известно, что 90 % пороков сердца у людей имеют ревматическую этиологию. Несмотря на общемедицинский прогресс, значительные успехи в вопросах профилактики и лечения ОРЛ, проблема диагностики заболевания сохраняет свою значимость. Свидетельством этому может быть и вспышка ОРЛ в середине 1980-х годов в США, причиной которой называют (помимо других причин) недостаточное знание клинической симптоматики острой фазы болезни вследствие редкой ее встречаемости.

Цель работы – выяснить особенности современного течения ОРЛ и установить возможные причины поздней диагностики заболевания. Исследование проведено с использованием метода анкетирования участковых терапевтов (опрошено 20 врачей) и кардиологов (3 специалиста) поликлиники №3 для взрослых г.Краснодара.

Изучение анкетных данных показало, что 21 специалист из 23 (91%) полагают, что для клинической картины современной ОРЛ характерны: скрытые варианты течения, редкость тяжелого течения ревматического кардита, более легкое течение заболевания, часто минимальная или умеренная степень активности, а также редкость поражений кожи. Но 2 специалиста поликлиники считают, что для ОРЛ остается характерной «классическая» картина заболевания с тяжелым течением (или средней тяжести) ревматического кардита с последующим формированием порока (ов) сердца (при отсутствии своевременного лечения). Проведенный анализ амбулаторных карт больных с ОРЛ показал, что в подавляющем большинстве случаев ОРЛ имеет легкое течение и течение средней тяжести, а активность чаще имеет степень 1 и 2.

Причинами поздней диагностики ОРЛ большинство специалистов называют скрытое течение заболевания, недостаточное знание врачами (в том числе и стационаров) клинических вариантов течения, отсутствие преемственности между детской и взрослой поликлиникой, ослабление врачебной настороженности в вопросах ОРЛ. Помимо этих причин, также указывают на необращаемость больных в поликлинику, на существование проблемы дефицита талонов на ЭХО-кардиографическое исследование сердца (на 49908 населения в поликлинике выдают 5 талонов в месяц), ЭКГ-исследование, а также на неукomплектованность поликлиники врачебными штатами и средним медицинским персоналом, большую загруженность врачей работой с различными документами (оформление на МСЭК и др.), необходимость обязательного выполнения нормативов врачебной нагрузки. В конечном итоге, все вышеперечисленные проблемы и ограничивают диагностические возможности. Дополнительно проведенный анализ качества ведения амбулаторных карт показал, что в большинстве случаев анамнез заболевания собирается врачами недостаточно полно, отсутствует полный комплекс необходимых лабораторно-инструментальных исследований, метод ЭХО-кардиографического исследования практически не используется в динамике времени (как того требует диагностический процесс).

Таким образом, для своевременной диагностики ОРЛ необходимо повышать настороженность врачей на ОРЛ, регулярно проводить научно-практические конференции (подробно освещать особенности современного течения заболевания, различные клинические варианты ОРЛ и другие актуальные вопросы диагностики), особенно тщательно должны анализироваться и учитываться все случаи неправильной постановки диагноза, расхождений клинико-поликлинических и патологоанатомических диагнозов, все ошибки профилактики, лечебной тактики, а также экспертизы трудоспособности. Необходимо разработать и внедрить стандарты диагностики и лечения ОРЛ, а также решать вопросы финансирования здравоохранения и ликвидировать нормативы врачебной нагрузки и полностью укомплектовать лечебное учреждение медицинским персоналом.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Кубанская государственная медицинская академия, г.Краснодар, Россия

Несмотря на то, что в течение второй половины прошедшего столетия в лечении и профилактике острой ревматической лихорадки (ОРЛ) были достигнуты существенные успехи, а также накоплены новые знания, имеющие практическое значение, проблема ОРЛ остается далекой от своего завершения и сохраняет свою актуальность. Частота ОРЛ в экономически развитых странах резко снизилась, но в экономически неблагополучных странах и регионах первичная заболеваемость ОРЛ остается высокой, то есть следует помнить, что в настоящее время это заболевание не исчезло и существует опасность вспышек ОРЛ и рецидивов ревмокардита.

Литературные данные указывают, что ОРЛ в большинстве случаев выявляется с опозданием, в результате заболевание впервые выявляется у ряда больных (как детей, так и взрослых) с уже сформировавшимся пороком сердца. Свидетельством этому является запоздалая диагностика вспышки ОРЛ в середине 80-х годов в континентальных штатах США, при рассмотрении причин несвоевременной диагностики заболевания были отмечены следующие: неполное обследование и лечение больных с острым стрептококковым фарингитом, плохое (или недостаточное) знание клинической картины острой фазы ОРЛ не только из-за ее редкой встречаемости, но и за счет изменения «ревматогенности» стрептококка. Помимо этого указано было и на ослабление врачебной настороженности в отношении ОРЛ.

Цель работы – определить возраст больных ОРЛ, в котором заболевание было впервые диагностировано, выявить частоту несвоевременной диагностики ОРЛ.

Исследование проводилось на базе муниципальной поликлиники №3 для взрослых г.Краснодара с использованием метода анализа амбулаторных карт и выписок из стационаров. В 2003 г. в поликлинике №3 на диспансерном учете с диагнозом ОРЛ состояло 29 больных, из них 20 женщин (средний возраст $55,8 \pm 2,0$ г.) и 9 мужчин (средний возраст $53,0 \pm 2,3$). Средний возраст у мужчин, в котором было впервые выявлено заболевание, составил $18,1 \pm 3,3$ г., а у женщин – $31,7 \pm 2,8$ г. У 11 женщин (55%) ОРЛ была впервые выявлена в возрасте 32 лет (при этом у 9 из них был обнаружен ранее сформировавшийся порок сердца). У 8 женщин (40 %) заболевание впервые было выявлено в возрасте старше 40 лет, а у 2 женщин (10%) – в возрасте старше 50 лет. У 7 мужчин (77,8%) заболевание впервые было диагностировано в возрасте до 20 лет, а у 2 больных (22%) – в возрасте 26 и 33 лет (также уже на фоне сформировавшегося порока сердца).

Известно, что пик заболеваемости ОРЛ приходится на возраст 7-15 лет, а затем она снижается за исключением некоторого повышения к 20 годам. Поэтому можно предположить, что причиной несвоевременной диагностики заболевания явилось не обращение или позднее обращение больных в поликлинику, но этому противоречит тот факт, что 100% больных с поздно диагностированным заболеванием постоянно наблюдались как в детской поликлинике, так и в поликлинике для взрослых.

Проведенное исследование показывает, что диагностика ОРЛ во многих случаях оказывается несвоевременной и это побуждает определять причины, приводящие к поздней диагностике, а также продолжать поиск надежных диагностических критериев заболевания.

Необходимо постоянно повышать настороженность врачей в отношении ОРЛ, регулярно проводить научно-практические конференции по проблемам (актуальным) ОРЛ, в том числе по проблеме особенностей современного течения этого заболевания.

*Фофанова Н.А., Некрасова С.П., Рогаткина Т.Ф., Бедина С.А.,
Зборовский А.Б.*

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АКТИВНОСТИ ГУАНИДЕЗАМИНАЗЫ, ГУАНОЗИНДЕЗАМИНА- ЗЫ, ГУАНОЗИНФОСФОРИЛАЗЫ, ПУРИННУКЛЕОЗИДФОСФО- РИЛАЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, ВолГМУ

Достигнутые успехи в 50-70-е годы XX столетия в борьбе с ревматизмом позволили ревматологам уделить большое внимание другим важным проблемам ревматологии: болезням костно-мышечной системы, системным заболеваниям соединительной ткани. Но ситуация сложилась так, что ревматизм оказался как бы на обочине и передовой медицинской науки и клинической практики. Если в 50-80-е годы шли дискуссии о правомочности существования неактивной фазы ревматизма и перманентности ревматического процесса, то 90-е годы в отечественной ревматологии стали характеризоваться значительным преобладанием неактивной фазы и весьма малой долей активного ревматизма. В медицинской отчетности стала регистрироваться острая ревматическая лихорадка (ОРЛ), которая по сути представляет острый первичный ревматизм, более свойственный детскому и юношескому возрасту, а о возможности рецидивирования ревмокардита, причем неоднократно, как-то забыли. Это привело к тому, что по статистике заболеваемость ревматизмом снизилась, а количество больных с пороками сердца увеличилось (Насонова В.А. и др., 2003). В ревматологических стационарах стали преобладать больные ревматизмом, направленные на лечение по поводу прогрессирования недостаточности кровообращения, а доля больных с активным ревматизмом стала минимальной. В то же время большинством ревматологов признается, что одной из основных причин прогрессирования сердечной недостаточности при ревматизме, формировании новых пороков сердца и усугублении деформации клапанных структур сердца является активный ревматический процесс. (Горяев Ю. И др., 1966; Каця, 2003).

В силу ряда известных и неизвестных причин современное течение ревматизма стало клинически маломанифестным, и даже нередко первичная ревматическая атака стала приобретать латентный характер, но возможностей формирования пороков сердца вследствие неадекватности терапии стало ещё больше. Создававшаяся ситуация с ревматизмом сделала проблему диагностики активного ревматического процесса весьма актуальной. В своей работе с целью диагностики активности ревматического процесса мы ис-

пользовали определение активности энзимов пуринового метаболизма, исходя из того что энзимы являются весьма чувствительными индикаторами воспалительных и дистрофических процессов, и, кроме того, энзимы пуринового метаболизма принимают непосредственное участие в регуляции иммунных процессов. Под наблюдением в условиях стационара находились 114 больных ревматизмом, из которых у 37 определялась неактивная фаза, у 67 – I степень активности патологического процесса и у 10 – II степень. У всех больных и у 35 здоровых лиц в сыворотке крови определялась активность гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) и гуанозинфосфорилазы (ГФ).

Результаты исследований обрабатывались методами вариационной статистики. У больных в неактивной фазе при поступлении на лечение выявлено достоверное повышение активности ГДА, ПНФ и снижение активности ГЗДА и ГФ. У больных с I степенью активности патологического процесса отмечалось повышение активности ГДА, ПНФ, ГФ и снижение активности ГЗДА. У больных с II степенью – также достоверное повышение активности ГДА, ПНФ, ГФ и снижение активности ГЗДА. Степень изменений активности энзимов при этих формах ревматизма была различной. Так, у больных с I степенью активности процесса, по сравнению с неактивной фазой, была значительно выше активность ГДА, ПНФ, ГФ и ниже ГЗДА (везде $p < 0,001$), а по сравнению с II степенью, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,001$), ГФ ($p < 0,001$), но выше активность ГЗДА ($p < 0,01$).

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что энзимные показатели достаточно четко отражают активность ревматического процесса, способствуют дифференциации активной и неактивной фаз болезни и степеней активности патологического процесса.

Хайретдинов Р.К.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ: ПАТОМОРФОЗ КОЖНОГО СИНДРОМА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ЛЕТ

Самарский государственный медицинский университет. Самара. Россия.

С целью оценки изменений в клинико-лабораторном течении геморрагического васкулита за последние 30 лет, проанализированы динамика кожного синдрома у 859 больных, находившихся на стационарном лечении и диспансерном наблюдении в Самарском областном гемостазиологическом центре с 1970 по 1999 годы.

Поражение кожи является одним из диагностических критериев. Сыпь на коже обнаружена в течение заболевания у всех больных. У 25% из них она явилась единственным признаком, на основании которой был установлен диагноз. В основном, сыпь проявлялась на 4-7 сутки. Появление сыпи в этот период в 90-е годы увеличилось по сравнению с 70-ми годами на 8,01%. Это имеет значение для ранней диагностики геморрагического васкулита, так как затрудняет её тогда, когда появлению высыпаний предшествует клиника поражения других органов и систем.

Характер сыпи при геморрагическом васкулите по нашим наблюдениям может быть мелкопятнистой, мелкоточечной, крупно пятнистой, булезно-

некротической. Сыпь характеризовалась, в большинстве случаев, пестротой. Высыпания в процессе обратного развития проходят все стадии от кровоизлияний до пигментации, сохраняющиеся нередко в течение длительного времени. Сыпь локализовалась на различных участках тела.

По нашим наблюдениям, наиболее часто сыпь встречается на разгибательных поверхностях нижних конечностей (практически у всех больных на голенях, на стопах у 30,9-49,10%, бедрах у 41,20-67,70%), верхних конечностей (в большинстве случаев на предплечьях - у 41,60-53,60%). Реже наблюдалась другая локализация высыпаний: ягодицы, спина, грудь, лицо.

Следует отметить, что с каждым десятилетием увеличивалось количество пациентов, у которых сыпь стала часто локализоваться на бедрах, ягодицах, спине. В 90-е годы появились больные, у которых сыпь отмечалась на лице, на слизистых оболочках ротовой полости. Увеличилось количество больных с булезно-некротической формой поражения кожи. В 70-е годы она наблюдалась у 18 пациентов (15,1%), в 80-е - у 24 (8,1%), в 90-е - у 97 (21,2%). У большинства больных за время наблюдения и лечения в клинике отмечались рецидивы кожных высыпаний.

В 90-е годы отмечается увеличение количества больных, у которых зафиксировано семь и более рецидивов. Элементы сыпи при последующих рецидивах не всегда соответствовали первичным элементам. Если в 70-е годы при обострении заболевания пузырьковая сыпь была у 13 больных, а булезно-некротическая только у одного, то в 90-е годы эти варианты отмечены у 24 и 28 пациентов.

Первые рецидивы высыпаний наблюдались в среднем на 9-20-е дни болезни. Точечная сыпь по трём десятилетиям подвергалась обратному развитию на 5-14 сутки и бесследно исчезала. Крупнопятнистая сыпь разрешалась в среднем в 70-е и 90-е годы через 11-19 дней, в 80-е - через 14-21 сутки, оставляя после себя пигментные пятна. Булезно-некротическая сыпь разрешалась в значительно более длительные сроки в 70-е и 80-е годы: от 1 до 4-х месяцев, в 90-е - от 2х месяцев и в некоторых случаях больше года.

Анализируя вышеизложенное, можно сказать, что кожный синдром при геморрагическом васкулите за последнее десятилетие стал более тяжелым.

Царенок С.Ю. Росин И.В. Костенко О.А.

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Медицинская академия, г. Чита, Россия

Ревматическая болезнь сердца в настоящее время характеризуется снижением активности воспалительного процесса, увеличением числа латентных форм течения заболевания, уменьшением частоты вовлечения в патологический процесс серозных оболочек.

Целью работы явилось изучение параметров, характеризующих активность перекисного окисления липидов и показателей антиоксидантных систем. Настоящее исследование проведено у 88 больных ревматизмом в возрасте от 26 до 64 лет. Из них 62 женщины и 26 мужчин. У всех пациентов

имел место ревматизм 1 степени активности. Митрально-аортальный порок был диагностирован у 52 больных, митральный у 26, аортальный у 10. У 25 больных имелась недостаточность кровообращения 1 стадии, у 40 больных II А стадии, у 23 II Б стадии. В контрольную группу входили 35 здоровых людей, возрастной состав соответствовал группе обследованных больных. При исследовании в сыворотке крови больных малонового диальдегида применялся тест с тиобарбитуровой кислотой, глутатион по методу Г. Вудворда и Е.Фрея, содержание селена – с использованием 2,3 диаминафтастана., также дополнительно у 14 больных определяли ТБК-активные продукты сыворотки, каталазу эритроцитов, антиоксидантную активность плазмы.

Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с вычислением критерия достоверности Стьюдента. Результаты: содержание малонового диальдегида у больных было увеличено в 1.9 раз, чем в группе здоровых (6.5 ± 0.1 ммоль/л против 3.4 ± 0.08 ммоль/л; $p < 0,001$), содержание ТБК-активных продуктов в сыворотке больных существенно не отличалось от контрольной группы (1.4 ± 0.4 мкмоль/мг липидов у больных против 1.32 ± 0.08 мкмоль/мг липидов у здоровых). Показатели антиоксидантных систем – общего глутатиона, восстановленного глутатиона были снижены у больных (общий глутатион в 1.2 раза – 30.35 ± 0.86 мг% против 38.65 ± 1.16 мг%; восстановленный глутатион в 1.7 раз – 19.00 ± 1.16 мг% у больных против 38.65 ± 1.15 мг%), каталаза эритроцитов была уменьшена в 6.35 раз (11.43 ± 0.9 нмоль/с мг белка у больных против 72.67 нмоль/с мг белка у здоровых $p < 0,005$), снижена антиоксидантная активность плазмы у пациентов с ревматизмом в 1.8 раз ($13.75 \pm 1.2\%$ против $25.37 \pm 4.28\%$), а также отмечалось снижение содержания селена у больных в 2 раза (36 ± 4.04 мкг/л – в обследуемой группе, 76.3 ± 4.16 мкг/л в контрольной группе). Полученные данные показывают активацию процессов липопероксидации и подавление антиоксидантной защиты, как в сыворотке крови, так и в эритроцитах у пациентов с ревматической болезнью сердца. Концентрация каталазы в эритроцитах значительно ниже показателей контрольной группы, что свидетельствует о снижении процессов детоксикации активных форм кислорода и перехода физиологического процесса перекисного окисления липидов в патологическую фазу.

Выводы: у больных ревматизмом, несмотря на минимальную степень активности воспалительного процесса отмечается выраженная активация процессов перекисного окисления липидов, угнетение антиоксидантных систем, включение в комплексную терапию препаратов селена.

Чернышева Т.В.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Боль в нижней части спины (БНС) хотя бы один раз в жизни испытывают до 80% людей. Обращаемость в поликлиники больных с данным синдромом велика и уступает только заболеваниям сердечно-сосудистой

системы. По данным клинического обследования можно предположить локализацию поражения, а рентгенография поясничного отдела позвоночника подтвердить наличие остеохондроза (ОХ). Метод ультразвуковой диагностики (УЗИ) позволяет не только диагностировать сужение корешкового канала, но и выяснить причину этого изменения. Кроме того, это обследование можно проводить с оценкой динамики со стороны внутренних структур позвоночника через небольшие временные интервалы без угрозы облучения больного. Выявление межпозвонковых грыж с помощью УЗИ позвоночника позволяет уже на ранних стадиях заболевания определиться в методах лечения больных и нуждаемости в госпитализации.

Цель исследования – определить структуру больных с БНС, обратившихся с данным синдромом в городскую поликлинику.

Проведено УЗИ поясничного отдела позвоночника на аппарате «Алока-500» у 420 больных, обратившихся с синдромом БНС в поликлинику МГКБ №5 г. Оренбурга. Средний возраст больных составил $47,39 \pm 11,99$ лет. Соотношение мужчин и женщин было 1:2. По данным УЗИ у 279 больных (66,43 %) выявлена протрузия диска, причем 178 больных из них (63,80 %) имели эти изменения на 2-х уровнях поясничного отдела позвоночника. У 115 больных (27,38 %) обнаружена межпозвонковые грыжи, при этом 9 человек (7,83 %) имели 2 грыжи на разных уровнях. У 103 больных (36,92 %) было сочетание протрузии диска с грыжей. Средний размер диагностируемых с помощью УЗИ грыж составил $0,34 \pm 0,11$ см. Чаще всего локализация грыж отмечалась на уровнях L_{3-4} (33 чел. – 28,70 %), на L_{4-5} (42 чел. – 36,52 %), на L_5-S_1 (21 чел. – 18,26 %). У 26 больных (6,19 %) по данным УЗИ не было структурных изменений поясничного отдела позвоночника и причиной хронической БНС у 22 из них являлся выраженный сколиоз. У 4 других больных синдром БНС был расценен как вторичный и они были направлены на дальнейшее дообследование.

С помощью УЗИ из общего количества обследованных у 100 больных (23,81 %) был выявлен сколиоз поясничного отдела позвоночника, у 42 больных (10 %)- листезы чаще всего L_4 (20 чел.) и L_5 (15 чел.) до 0,6 см. Фрагментация фиброзного кольца разной степени выраженности выявлена у всех больных, что подтверждало наличие остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Причем больше были подвержены этим изменениям нижние уровни L_{3-4} , L_{4-5} , L_5-S_1 с большей частотой среди мужчин (коэффициент корреляции $r = 0,48$). Также отмечалось, что с возрастом увеличивалась степень изменений фиброзного кольца межпозвонкового диска ($r = 0,67$), количество костных разрастаний тел позвонков («остеофитов») в нижних отделах позвоночника ($r = 0,51$), уменьшалась ширина спинно-мозгового, корешковых каналов ($r = 0,46$) и межпозвонковых дисков ($r = 0,41$), увеличивалась вероятность протрузий диска ($r = 0,43$). Не выявлено достоверных различий в ширине внутрипозвонковых структур между мужчинами и женщинами, но у последних отмечался более выраженный клиновидный угол между L_5-S_1 . У всех больных определялась взаимосвязь между степенью изменений фиброзного кольца и частотой возникновения пролабирования диска на этом уровне ($r = 0,59$). У 7 больных с помощью УЗИ поясничного отдела позвоночника была выявлена люмбализация первого крестцового позвонка.

Таким образом, ультразвуковое исследование позвоночника является информативным и доступным методом обследования больных с синдромом боли в нижней части спины в амбулаторных условиях, позволяющим опреде-

лить характер патологии, ее локализация и провести дифференциальных диагноз у данной категории пациентов.

Чернышева Т.В., Журавлева М.О., Багирова Г.Г.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМАМИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ И ФИБРОМИАЛГИИ

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Одними из распространенных ревматических расстройств часто приводящим к нетрудоспособности являются синдромы боли в нижней части спины (БНС) и фибромиалгии (ФМ). ФМ - внесуставное заболевание, характеризующееся диффузными болями, утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением уровня болевого порога при пальпации в особых местах, обозначаемых как "болезненные точки". Самостоятельно оцениваемое пациентами с ФМ здоровье является близким к тому, которое описывается больными, страдающими другими хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования - сравнить показатели качества жизни (КЖ) больных с синдромами БНС и ФМ с помощью общих вопросников. Для этого использовались SF-36, Ноттингемский профиль здоровья (NHP). По SF-36 более высокие значения шкал соответствовали лучшему состоянию здоровья, по NHP - наоборот. Кроме них применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), а у больных ФМ - анкета, предложенная НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН для обследования больных с заболеваниями внесуставных мягких тканей.

Обследовано по 20 больных с хронической БНС (средняя длительность настоящего обострения составила $4,67 \pm 1,50$ мес.) - I группа и ФМ - II группа. Средний возраст больных был $46,62 \pm 14,14$ и $30,05 \pm 6,05$ лет соответственно. Среди обследованных преобладали женщины (соотношение женщин и мужчин в I группе составило 2,4:1 и 9:1 во II группе). У всех больных I группы БНС была связана с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (ОХ). Большинство этих пациентов имело II рентгенологическую стадию заболевания. У больных II группы отмечалось в среднем по 9 болезненных точек, характерных для ФМ. Более половины больных (12 чел. - 60%) этой группы связывали свое заболевание со стрессовыми ситуациями, испытывали часто тревогу, депрессию. Большинство больных ФМ (17 чел. - 85%) предъявляли жалобы на головные боли и нарушение сна. Средняя длительность заболевания у больных I группы составила $12,57 \pm 8,40$ лет, у больных II группы - $3,76 \pm 1,61$ лет.

По ВАШ средняя интенсивность боли у больных I группы была $5,42 \pm 2,17$ см, во II группе - $4,80 \pm 1,07$ мм. Показатели качества жизни по SF-36 были более низкими у больных с БНС по шкалам: «физическое функционирование» ($42,62 \pm 5,19$ против $81,5 \pm 4,42$ у больных ФМ - $p < 0,001$), «ролевое физическое функционирование» ($8,33 \pm 5,27$ против $45,00 \pm 6,44$ у больных ФМ - $p < 0,001$), «энергичность/жизнеспособность» ($29,37 \pm 4,13$ против $43,59 \pm 3,83$ у больных ФМ - $p < 0,03$), «боль» ($40,59 \pm 13,20$ против $55,75 \pm 3,10$ у больных ФМ - $p < 0,003$), «общее здоровье» ($41,67 \pm 3,47$ против $52,50 \pm 2,45$ у больных ФМ - $p < 0,03$). По другим шкалам достоверных различий не было. Больные I группы отмечали более значительное ухудшение состояния здоровья по сравнению с тем, что было год назад (этот показатель в I группе был $4,29 \pm 0,17$ против $3,30 \pm 0,22$ во II группе - $p < 0,001$).

По NHP также более выраженные изменения имели больные I группы по шкалам: «энергичность» ($65,33 \pm 8,82$ против $34,28 \pm 7,02$ у больных ФМ – $p < 0,03$), «болевые ощущения» ($68,20 \pm 4,75$ против $25,91 \pm 4,41$ у больных ФМ – $p < 0,001$), «физическая активность» ($39,60 \pm 4,01$ против $15,47 \pm 3,08$ у больных ФМ – $p < 0,03$). Достоверных различий по другим шкалам не было.

Таким образом, несмотря на то, что больные ФМ наиболее частой причиной своего заболевания считали стрессовые ситуации и предъявляли жалобы на изменения настроения, достоверных различий в показателях шкал общих вопросников SF-36 и NHP, касающихся эмоциональных реакций, нарушений сна, психологического здоровья по сравнению с больными с БНС не наблюдалось. Также не было разницы по показателям шкал социального функционирования среди больных данных групп. В то же время больные с БНС давали более выраженные изменения по шкалам “боль” и “болевые ощущения” без достоверных различий с больными ФМ в показателях по ВАШ. Но больше всего на КЖ больных с БНС влияло снижение физической активности и неспособность выполнения будничной деятельности.

Можно сделать вывод, что общие вопросники SF-36 и NHP являются более информативными, достоверными и чувствительными инструментами для оценки качества жизни у больных с синдромами боли в нижней части спины и фибромиалгии по сравнению с традиционными методами исследования.

Чернышева Т.В., Попова Л.В., Багирова Г.Г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

В настоящее время распространенность болей в спине в экономически развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигла размеров неинфекционной эпидемиологии. При этом отмечается высокая частота инвалидизации лиц трудоспособного возраста вследствие поражения опорно-двигательного аппарата (ОДА). Трудовые потери в результате обострений болей в спине, в том числе у лиц молодого и среднего возраста, имеют большое социально-экономическое значение. Боли в спине делятся на первичные и вторичные. Первичный синдром чаще всего развивается в возрасте от 20 до 50 лет. В его основе лежат механические факторы: спондилез и межпозвонковый остеохондроз, дисфункция мышечно-связочного аппарата спины, грыжа диска. Болевой синдром в спине продолжительностью до 6 недель считается острым, от 6 до 12 недель – подострым, более 12 недель – хроническим. Провоцирующими факторами острого течения болей в спине могут служить травма, подъем непосильного груза, неподготовленные движения, длительное пребывание в нефизиологической позе, переохлаждение. Хроническая боль может возникнуть как после регресса острой боли, так и независимо от нее. Качество жизни (КЖ) является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии. Исследования КЖ дополняют чисто клинические данные о характере воздействия болезни и процесса лечения на жизнь пациента.

Цель исследования – оценить и сравнить различные параметры КЖ у больных с острым и хроническим первичным синдромом боли в нижней части спины (БНС).

У всех больных при нозологической диагностике проводилось обычное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, принятое в ревматологии. Для оценки КЖ у больных с БНС использовалась анкета SF-36, а для оценки функционального статуса - НАQ.

Обследовано по 40 больных с острым (I группа) и хроническим (II группа) синдромами БНС. Средняя длительность обострения в I группе составила - $1,21 \pm 0,72$ недель, во II группе - $16,67 \pm 3,50$ недель. Средний возраст больных был $41,14 \pm 6,52$ и $46,73 \pm 8,14$ лет соответственно. Среди обследованных преобладали женщины (соотношение женщин и мужчин в I группе составило 1,67:1 и 2,64:1 во II группе). У больных обеих групп БНС была связана с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Большинство обследованных больных имело II рентгенологическую стадию заболевания (26 больных - 65% I группы и 32 больных - 80% II группы). По данным ультразвукового исследования (УЗИ) позвоночника у 29 больных (72,5%) I группы БНС была связана с пролабированием диска, у остальных 11 больных диагностированы грыжи межпозвонкового диска (МПД) размером до 0,5 см. Во II группе с помощью этого метода обследования протрузии МПД определялись у 35 больных (87,5%), другие 5 больных имели "старые" грыжи размером до 0,3 см.

По ВАШ средняя интенсивность боли у больных I группы была $7,82 \pm 2,10$ см, во II группе - $5,45 \pm 2,17$ см ($p < 0,02$). Показатели КЖ по SF-36 были более низкими у больных с острой БНС по шкалам: «физическое функционирование» ($36,74 \pm 4,33$ против $47,12 \pm 6,17$ у больных II группы - $p < 0,05$), «ролевое физическое функционирование» ($7,27 \pm 2,11$ против $11,68 \pm 3,44$ у больных II группы - $p < 0,05$), «энергичность/жизнеспособность» ($23,11 \pm 3,37$ против $31,89 \pm 7,15$ у больных II группы - $p < 0,03$), «боль» ($32,27 \pm 8,44$ против $41,91 \pm 7,72$ у больных II группы - $p < 0,03$), «общее здоровье» ($34,65 \pm 4,17$ против $42,83 \pm 3,99$ у больных II группы - $p < 0,03$). По другим шкалам достоверных различий не было. Средний функциональный индекс по НАQ был достоверно выше у больных I группы ($6,25 \pm 2,13$ против $4,22 \pm 2,87$ во II группе - $p < 0,01$), что говорило о более выраженных у них функциональных нарушениях опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, больные с острым синдромом боли в нижнем отделе спины имеют больше изменений показателей качества жизни, касающихся физического и общего состояния здоровья, что связано с более значительными ограничениями функциональных способностей опорно-двигательного аппарата и выраженностью болевого синдрома.

Чичасова Н.В., Имаметдинова Г.Р., Шевченко О.В.,

ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова,
поликлиника № 2 Московского лечебно-санаторного объединения

Остеоартроз (ОА) по распространенности занимает лидирующее место среди ревматических заболеваний (около 80% больных). Этиопатогенез ОА включает в себя генетические, демографические, конституциональные, иммунные, воспалительные факторы. В результате провоцирующих воздействий баланс между катаболическими и анаболическими процессами нарушается, что приводит к деградации матрикса хряща, повреждению субхондральной кости и появлению диагностических признаков ОА: нерав-

номерного сужения суставной щели, субхондрального склероза, субхондральных кист, остеофитов.

Проблемы лечения ОА определяются, во-первых, его растущей распространенностью и, во-вторых, преимущественным поражением людей старшей возрастной группы, часто страдающих сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сахарным диабетом и т.д. Последнее ограничивает использование, в частности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые, к тому же, оказывают в основном лишь симптоматическое действие.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (2000 г.), принципы лечения ОА включают следующее:

- устранение провоцирующих факторов;
- применение болеутоляющих средств в зависимости от характера болей (воспалительного, механического, сосудистого, невропатического генеза);
- лечебная физкультура, физиотерапия;
- ортопедические и хирургические мероприятия;
- базисная терапия (использование хондропротекторов — глюкозамина, хондроитина сульфата, их комбинаций и др.);
- при необходимости назначение НПВП (редко глюкокортикоидов внутрисуставно).

В настоящей статье рассматриваются новые лекарственные средства, применяемые при ОА парентерально.

В последние годы появились новые препараты для лечения ОА, которые вводят непосредственно в сустав. Это хондропротектор Алфлутоп («Bio-technos S.A.», Румыния) и большая группа производных гиалуронана.

Алфлутоп получен из морских организмов, его механизм действия сочетает антигиалуронидазную активность, обуславливающую ингибирование деструкции соединительно-тканых, хрящевых структур, и стимулирующее действие на синтез гиалуроновой кислоты, приводящее к усилению репаративных процессов [1]. В состав препарата входят хондроитин-6-сульфат, хондроитин-4-сульфат, кератана сульфат, гиалуроновая кислота, дерматана сульфат, полипептиды, аминокислоты и микроэлементы. Алфлутоп может быть использован как для внутримышечных инъекций — в лечении коксартроза (обычный курс лечения — 21 ежедневная инъекция по 1 мл), так и для внутрисуставного введения — в лечении гонартроза (6 инъекций по 2 мл с 2-3-дневными интервалами). Возможны комбинации этих двух способов введения: внутрисуставно, по 2 мл 2 раза в неделю (6 инъекций), в остальные дни недели — внутримышечно, по 1 мл (21 инъекция) или после внутрисуставного введения 20 внутримышечных инъекций по 1 мл. Повторные курсы проводят через 6 и 12 мес.

Ранее зарубежные авторы показали преимущество сочетания внутрисуставного введения алфлутопа с внутримышечными инъекциями препарата в дни между внутрисуставными манипуляциями. Авторы статьи провели сравнение различных способов введения алфлутопа у 45 больных ОА: в 1-й группе (15 больных коксартрозом) делали 21 инъекцию препарата внутримышечно, во 2-й группе (15 больных гонартрозом) алфлутоп вводили в пораженный сустав (6 инъекций по 2 мл) и далее была проведена 21 внутримышечная инъекция, в 3-й группе (15 больных гонартрозом) одновременно делали оба вида инъекций. После первого курса лечения во всех трех группах отмечены достоверное и примерно равнозначное ослабление болевого

синдрома и уменьшение функционального индекса WOMAC, три части которого отражают физическую активность, затруднение при выполнении бытовых движений и утомляемость. Примерно такие же результаты были получены и другими исследователями [1], установившими не только достоверное ослабление болевого синдрома в группе из 30 больных ОА, но и достоверное снижение припухлости сустава, то есть через 3 нед. от начала лечения препарат продемонстрировал отчетливую болеутоляющую и противовоспалительную активность.

Интересны данные, полученные в Ярославской медицинской академии [1] и в поликлинике № 2 Московского лечебно-санаторного объединения (МЛСО) при проспективном наблюдении больных в сроки от 1 года до 3 лет. Через 6-8 мес после первого курса лечения алфлутопом у 26% больных боль в суставе отсутствовала, еще у 26% больных сохранялось достигнутое к концу курса лечения улучшение, у 48% отмечалось нарастание болей, однако не достигшее исходного (до лечения алфлутопом) уровня. В поликлинике № 2 МЛСО лечили 25 больных (20 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 42 до 83 лет, страдающих гонартрозом II-III стадий. Девятнадцати больным с явлениями выраженного синовита перед началом лечения алфлутопом был введен 1 мл бетаметазона. В последующем в течение первого года алфлутоп вводили внутрисуставно 5 раз каждые 3 мес, на втором и третьем году лечения — каждые 6 мес. После первого курса лечения у 70% больных боль полностью исчезла, у 30% больных произошло ослабление болевого синдрома (по визуальной аналоговой шкале). К повторному курсу введения алфлутопа в первый год лечения у 30% больных боли отсутствовали, у 30% больных сохранялось достигнутое улучшение и у 40% боль рецидивировала, но также не достигла исходного уровня. Начиная со второго курса лечения, 60% больных полностью отказались от приема НПВП, 22% больных получали НПВП курсами по 2-3 нед и 2 больных принимали НПВП только в периоды повышенной физической активности.

Таким образом, алфлутоп обладает выраженной анальгезирующей и противовоспалительной активностью при различной локализации патологического процесса. Уже после первого внутрисуставного введения препарата больные отмечают явное уменьшение боли. Алфлутоп оказывает позитивное воздействие на суставной хрящ: установлены рост высоты хряща, увеличение его плотности у ряда больных и даже визуализация хряща бедренной кости у больной с отсутствием его до начала лечения алфлутопом, что может быть объяснено либо репаративными процессами, либо повышением гидрофильности хряща [1]. Исследования способности алфлутопа оказывать регенерирующее влияние на хрящ продолжаются. Доказанным можно считать развитие быстрого клинического эффекта, сохранение его в течение нескольких месяцев, отсутствие рентгенологического прогрессирования ОА в течение трех лет наблюдения. Нет данных и о развитии каких-либо побочных реакций на фоне применения алфлутопа.

К препаратам гиалуроновой кислоты для внутрисуставного введения относятся гиалуронат (Гн) и гиалуронат (Г). Нативный Гн в суставной жидкости здорового человека имеет среднюю молекулярную массу (ММ) 2-4 млн Д, но с возрастом и у особенно у больных ОА она снижается. Кроме того, при наличии явного выпота в суставную полость концентрация Гн уменьшается. Гн стабилизирует структуру протеогликанов, которые, связываясь с Гн, образуют макромолекулы (агреганты). Последние откладываются внутри кол-

лагеновой сети суставного хряща, придавая ему упругость и эластическую прочность [2].

Производные Гн подразделяются на две группы:

- ❖ с линейной (подобная природной) структурой молекулы — полученные из петушиных гребешков и полученные путем длительной бактериальной ферментации;
- ❖ с перекрестными связями (не природными) между молекулами гиалуроновой кислоты — полученные из петушиных гребешков.

В производных с линейной структурой молекулы, полученных из петушиных гребешков, содержится небольшое количество куриного белка, что может стать при их применении причиной передачи вирусной инфекции или развития аллергической реакции. Кроме того, ММ этих средств недостаточно высока — от 0,6 до 0,75 млн Д. Производные с перекрестными связями имеют большую ММ — до 4,6 млн Д, однако утрата линейной структуры молекул приводит к появлению высокоэнергетических связей, эффект от разрушения которых на живую ткань мало изучен, кроме того, они также содержат куриный белок. Считалось, что увеличение ММ Гн способствует усилению протективного эффекта на суставной хрящ, но имеются исследования, показавшие более высокий хондропротективный эффект Гн с ММ до 1 млн Д [3]. Кроме того, есть данные, что производные Гн с очень высокой ММ (синвиск), хотя и обладают более высокой вязкостью, однако из-за крупности молекул не могут эффективно проникать в суставной хрящ, а в основном выполняют амортизационную роль и роль смазки (протез синовиальной жидкости). Производные Гн, полученные путем бактериальной ферментации (1% раствор гиалуроната натрия), имеют ММ 1,2-1,4 млн Д, что обеспечивает достаточную вязкоэластичность и не препятствует проникновению в хрящ, кроме того, они не содержат животных белков.

Введение производных Гн в сустав приводит к быстрому купированию боли, нормализации свойств синовиальной жидкости [4]. Необходимо, однако, строго соблюдать правила введения подобных веществ в сустав. Они должны попасть точно в суставную полость, при этом не следует пользоваться местноанестезирующими средствами, попадание которых в полость сустава приводит к распаду препарата и снижению лечебного эффекта. Курс лечения варьирует от трех внутрисуставных введений в неделю до четырех-пяти еженедельных введений в сустав. Эффект лечения сохраняется 6-8 мес, после чего курс желательно повторять. До использования производных Гн необходимо купировать синовит, иначе возможно обострение болевого синдрома и покраснение сустава в течение 1-2 нед. Производные Гн следует осторожно назначать пациентам с аллергией на птичий белок и птичье перо, с венозным и лимфатическим стазом нижних конечностей.

Таким образом, клиницисты получили высокоэффективные средства для инъекционной терапии ОА: производные Гн для лечения ОА коленных суставов и алфлутоп для лечения ОА различной локализации. Последний препарат отличают наличие противовоспалительной активности, отсутствие явлений непереносимости и противопоказаний к применению.

Список литературы

1. Коршунов Н.И., Баранова Э.Я., Парусова Н.И. и др. Алфлутоп в лечении больных остеоартрозом // Российская ревматология, - 1998. - № 2. - С. 26-31.

2. Abatangelo G., Regan M.O. Hyaluronan: biological role and function in articular joints, Eur. J. Rheum. Inflamm.- 1995.- № 15.- P. 9-16.
3. Asari A., Miyauchi S., Sekiguchi T. et al. Hyaluronan, cartilage destruction and hyarthrosis in traumatic arthritis. Osteoarthritis cartilage. — 1994.- № 2.-P. 79-89.
4. Mensitieri M., Ambrosio L., Iannace S. et al. Viscosoelastic evaluation of different knee osteoarthritis therapies // J. Mat. Med. — 1995.— V. 6.-№3.-P. 130-130.

Чураков О.Ю., Майоров А.А., Смирнова Е.А., Марусина И.В.
**ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И СОСТОЯНИЕ
 МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ
 АРТРИТОМ**

МУЗ городская больница № 2, МУЗ городская больница № 1, г. Кострома

Цель исследования. Определить эхоструктурные и гемодинамические особенности сосудистых поражений при ревматоидном артрите, уточнить связь нарушений церебрального кровотока с системными проявлениями заболевания.

Материалы и методы

Обследовано 60 больных РА, женщин – 56, мужчин – 4. В возрасте от 37 до 68 лет. Контрольную группу составили 40 здоровых лиц. Всем больным сосуды шеи исследовали методом ультразвукового сканирования на аппаратуре «Vingmed system 5, Норвегия, 2002». Выбирали поле измерения, которое включало толщину комплекса интима-медиа на протяжении как минимум 1 сантиметр, на расстоянии 3 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии. Оценивали состояние интракраниальных артерий.

Результаты и обсуждение

По сравнению с контрольными субъектами у всех больных ТИМ была больше и составила в среднем 0,91 мм. (в норме $0,55 \pm 0,05$ мм.). Изменения магистральных артерий, выявленные при дуплексном сканировании, были представлены атеросклеротическими поражениями у 30 больных (стенозы общей сонной артерии справа и слева, стенозы внутренней сонной артерии справа и слева), деформациями внутренних сонных артерий (ВСА) у 27 больных (ангулярности – 11, извитости – 12, закольцованность – 4). При транскраниальном дуплексном сканировании корреляционный анализ показал, что существует зависимость изменений мозгового кровотока от активности заболевания, суставного индекса, степенью функциональной недостаточности суставов и длительностью заболевания. Отмечено снижение линейной скорости кровотока по СМА слева и справа в среднем до 43,4 см/сек (норма $60,9 \pm 7,6$ см/сек) с высокими цифрами резистентности сосудов (пульсационный индекс 1,25 в норме 0,6 – 1,1, индекс резистентности 0,88 в норме 0,63 – 0,78), что ограничивает резервную емкость церебрального сосудистого бассейна. Проведенное исследование показало, что у больных ревматоидным артритом происходит увеличение толщины интима-медиа слоя и отмечается связь этого показателя с изменениями мозгового кровотока. Корреляционный анализ свидетельствует о том, что существует связь

сосудистых изменений с активностью воспалительного процесса, выраженностью суставного синдрома, длительностью заболевания у больных серопозитивным ревматоидным артритом. Особое внимание к поражению сосудистого русла необходимо уделять больным РА при наличии внесуставных проявлений, так как в этой группе происходит значительное усиление атеросклеротических изменений.

Шарипова И.А., Давлетшин Р.А.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОЛАКТИНА (ПРЛ) У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА)

Уфа, Башгосмедуниверситет

В настоящее время выдвинута гипотеза, свидетельствующая, что нарушение связей между нейроэндокринной и иммунной системой сопровождается гиперпролактинемией. Последняя может выступать, как фактор риска в развитии РА и утяжеляет клиническое течение самого заболевания. Клиницистам хорошо известно, что состояние женщин с РА в послеродовой период и во время лактации резко ухудшается.

Целью настоящего исследования стало изучение клинического значения содержания ПРЛ в крови у женщин репродуктивного возраста, больных РА.

Проводилось определение уровней сывороточного ПРЛ у 35 женщин в возрасте от 21 до 42 л, с регулярным менструальным циклом (средней продолжительности $26,5 \pm 2,31$ дней), больных с классическим серопозитивным РА (АРА, 1987). Содержания ПРЛ в крови было изучено: с учетом клинической формы болезни, так суставная форма РА встречалась у 14 человек, а РА с системными проявлениями - у 21 пациентки; степени активности процесса - с минимальной активностью РА наблюдалось 7 женщин, со средней степенью активности - 14 человек, у 14 больных регистрировалась высокая активность процесса. 16 практически здоровых женщин составили контрольную группу. Перед исследованием все женщины были осмотрены гинекологом, окулистом, проведено ультразвуковое обследование органов малого таза и рентгенография черепа. Забор крови проводился на четвертые-пятые сутки менструального цикла. Сыворотки сохраняли в замороженном состоянии до момента исследования. При определении ПРЛ использовался набор «ИФА-пролактин» (Россия). Полученные данные оценивались с помощью t-критерия Стьюдента.

В ходе проведенного исследования было выявлено достоверное повышение уровней ПРЛ у женщин репродуктивного возраста, больных РА, ($302 \pm 6,8$ и $470 \pm 19,7$, $p < 0,001$). У пациенток с суставной формой РА показатели ПРЛ в крови были также повышены ($302 \pm 6,8$ и $404 \pm 39,9$, $p < 0,001$); содержание ПРЛ у больных с системными проявлениями РА было достоверно выше, чем в группе контроля и женщин с суставной формой РА ($302 \pm 6,8$ и $516 \pm 17,6$, $p < 0,001$ и $404 \pm 39,9$ и $516 \pm 17,6$, $p < 0,05$). ПРЛ в крови было увеличено у больных со средней ($302 \pm 6,8$ и $392 \pm 25,2$, $p < 0,01$) и с максимальной активностью РА ($302 \pm 6,8$ и $619 \pm 17,6$, $p < 0,001$), причем, у последних отмечались наибольшие показатели ПРЛ ($392 \pm 25,2$ и $619 \pm 17,6$, $p < 0,001$).

Результаты проведенного исследования позволяют судить об негативной роли ПРЛ при РА у женщин репродуктивного возраста. Так наибольшие показатели ПРЛ регистрировались у больных с тяжелым течением заболевания. В ходе исследования прослеживалась прямая связь между уровнями ПРЛ и степенью активности РА, хотя корреляционный анализ и не проводился. При наличии системных проявлений РА уровни ПРЛ в крови также были повышены.

Негативное влияние гиперпролактинемии на клиническое течение РА, вероятно, связано с иммуномодулирующим эффектом ПРЛ (стимулирует пролиферацию В-лимфоцитов, образование антител), что приводит к гиперплазии синовиальной ткани, гиперпродукции медиаторов тканевого повреждения. Данные факторы, вероятно, способствуют более тяжелому клиническому течению РА.

Таким образом, данные проведенного исследования представляют несомненный интерес для клинической практики и требуют дальнейшего изучения.

Шилкина Н.П.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Цель: выявить лабораторные маркеры и показатели активности процесса при РЗ, так как для назначения корректирующей терапии клиницисту необходимо оценить степень активности иммунного воспаления не только по выраженности основных симптомов заболевания, но и по лабораторным тестам.

Материалы и методы: комплексное исследование более 500 больных ревматическими заболеваниями (РЗ), у 290 из которых диагностирована одна из форм системного васкулита, остальные страдали СКВ, системной склеродермией, ревматоидным артритом, болезнью Шегрена, а также 50 больных атеросклерозом, включало исследование коагуляционного гемостаза, процессов фибринолиза, агрегации тромбоцитов с использованием индукторов агрегации, определение содержания вазоактивных аминов и катехоламинов, антигена фактора фон Виллебранда, протеинов С и S, концентрации неоптеина, исследование иммунной системы с определением циркулирующих иммунных комплексов, антинуклеарного фактора, антител к эндотелию сосудов, к цитоплазме нейтрофилов, к кардиолипинам, к нативной ДНК, изучение фактора некроза опухоли-альфа и антител к бета2-гликопротеину.

Полученные результаты: база данных, созданная на основе стандартизированной карты обследования, позволила провести корреляционный, дискриминантный, кластерный и факторный анализ для отбора признаков, коррелирующих с активностью процесса при системных васкулитах. Было выделено 15 кластеров по патогенетической общности признаков. Все результаты лабораторных исследований объединены в 3 группы. В группу значимых лабораторных тестов включены увеличение СОЭ более 15 мм/час, анемия, лейкоцитоз, повышение уровня сиаловой кислоты, гипергаммаглобулинемия, повышение содержания С-реактивного протеина, антигена фак-

тора фон Виллебранда и фактора некроза опухоли-альфа. В группу специальных тестов отнесены: повышение уровня иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов, титра антител к ДНК, кардиолипину, увеличение генерации свободных радикалов, повышение уровня простагландинов Е и F2-альфа, снижение простациклина, увеличение концентрации гистамина, серотонина, БАЭ-эстеразной активности крови. Группа параметров, отражающих нарушение реологических свойств крови, включает сладж-феномен по данным бульбарной ангиоскопии, увеличение степени и скорости агрегации тромбоцитов и/или эритроцитов, гиперкоагуляцию по данным стандартизированных тестов. Выявлена корреляция между процессами тромбообразования и воспаления у больных РЗ. Такие показатели гемостаза как концентрация растворимых фибринмономерных комплексов и спонтанная агрегация тромбоцитов могут использоваться для оценки активности воспалительного процесса.

Обсуждение: активность процесса оценивалась по сумме имеющихся у больного критериев (кластеров) при соответствии их с дефинициями. На основе выявления дискриминантных признаков, их дефиниций и классификационного правила, основанного на общей сумме баллов (от 0 до 10) разработана шкала активности заболевания и ранжирование активности процесса по 5 степеням: неактивная, возможно активная, минимальная, умеренная и выраженная.

Выводы: разработанные критерии активности РЗ не являются «застывшими», при внедрении новых диагностических тестов, последние могут включаться в критерии, не нарушая целостности системы. Выбор терапии зависит от степени активности процесса и должен проводиться по шкале активности, в соответствии с которой решается вопрос об агрессивности терапии.

Эйд Риад, Г.Ю.Крылов, Э.Я.Баранова, Н.И.Парусова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АРТРОФООН» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ярославская государственная медицинская академия

Цель: Изучить эффективность и безопасность отечественного препарата «Артрофоон», созданного на основе афинно очищенных антител к фактору некроза опухоли альфа (ФНО) и применяемого в сверхмалых дозах (механизм действия которого, однако, можно рассматривать и вне рамок гомеопатической концепции) в лечении больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. 17 больных с достоверным диагнозом РА I-II степени активности, II-III стадии (средний возраст $50 \pm 3,1$ лет, средняя продолжительность болезни $17 \pm 2,4$ лет) принимали артрофоон в дозе 8-16 таблеток в сутки в дополнение к своему обычному лечению (12 человек) или вместо НПВС (5 человек) в течение 30 недель. Оценивались: интенсивность болей и продолжительность утренней скованности, суставной индекс, функциональный тест Lee, величина СОЭ, методом ИФА уровень ревматоидного фактора (РФ) и С-реактивного белка (С-РБ) а также уровни провоспалитель-

ных (ФНО, ИФ- γ) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов. Клинические и лабораторные показатели определялись трижды: исходно, через 4 недели и на 30 неделе лечения. У 17 человек, отобранных методом «подбора пар», через 4 месяца также оценивались клинико-лабораторные данные, за исключением цитокинов.

Результаты. У больных, леченных артрофоном, наблюдалась положительная динамика в виде достоверного ($p < 0,05$) снижения интенсивности болей в суставах (с 10 недели лечения), продолжительности утренней скованности (с 14 недели), числа воспаленных суставов (с 10 недели), показателей функционального теста Lee (с 28 недели), уровня С-РБ (с 22 недели). СОЭ и уровень С-РБ имели лишь тенденцию к снижению. Динамика изучаемых цитокинов характеризовалась тенденцией к повышению средних значений ФНО и ИЛ-4 к 6 неделе и их снижению к 30-й неделе до величин, близких к исходным; средние значения ИФ- γ , напротив, к 6 неделе имели тенденцию к понижению, а далее возвращались к первоначальным. За время лечения 7 пациентов из 12, принимавших НПВС, снизили их суточную дозу приема или перешли на нерегулярный прием, а 2 отказались от приема этих препаратов. В контрольной группе динамика клинических и лабораторных (СОЭ, С-РБ) данных к 30 неделе достоверно не отличалась от данных группы больных, леченных артрофоном, но снижение дозы НПВС зарегистрировано лишь у 3 больных. В обеих группах были зарегистрированы по 3 случая кратковременных легких диспепсических расстройств, не повлекших изменений терапии.

Алабердин С.В., Дульский В.А.

УРОВЕНЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРИОД НОЧНОГО СНА У 41 БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ВОСТОЧНО-СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

ГОУ Иркутский институт усовершенствования врачей,
Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Выявление опухолевого поражения надпочечных желез многочисленными методами диагностического изображения породило новую проблему – разработку рациональной лечебной тактики. Решение назревшей проблемы невозможно без проведения комплексного функционального обследования данной категории больных, обязательной составляющей которого, мы считаем, должна быть оценка адаптационного потенциала.

Целью исследования явилось изучить адаптационный потенциал у больных с опухолями надпочечных желез, проживающих в условиях Восточной Сибири в период ночного сна.

Материал и методы исследования. В исследование включили 41 больного (17 мужчин и 24 женщины) с опухолями надпочечных желез, выявленных при компьютерной томографии. Средний возраст больных в исследованной группе составил $51,4 \pm 1,64$ лет (от 19 до 67 лет), среди них у женщин $51,4 \pm 1,99$ лет (от 26 до 66 лет), у мужчин $51,4 \pm 2,83$ лет (от 19 до 67 лет). Индекс относительной массы тела в обследованной группе составил $28,8 \pm 0,70$ кг/м² (от 20,2 до 37,2 кг/м²), среди женщин – $29,7 \pm 1,02$ кг/м² (от 20,2 до 37,2 кг/м²), а среди мужчин – $27,6 \pm 0,82$ кг/м² (от 21,5 до 33,6 кг/м²).

В комплексное обследование, включающее флебографию надпочечников с поэтажным забором крови из нижней полوي и центральных надпочечниковых вен, изучены гормональные профили в системном кровотоке, электролиты сыворотки крови и мочи входило суточное мониторирование ЭКГ и АД, с использованием аппаратно-программного комплекса «Кардиотехника 4000АД» Ver. 2.48, 9902, 8.77 АОЗТ «Инкарт» (Санкт-Петербург, Россия). Измерения АД в период ночного сна проводили каждые 30 мин. Всего выполнено измерений 639, из них успешных – 622 (97,3%). Адаптационный потенциал оценивали по индексу функциональных изменений (ИФИ) Р.М. Баевского и А.П. Берсеновой (1997).

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием универсального статистического пакета «SPSS» 11.5.0.

Полученные результаты. Средний показатель индекса функциональных изменений в обследуемой группе составил $2,7 \pm 0,08$ (от 1,7 до 4,1), что соответствует напряжению механизмов адаптации. Бальная оценка уровней ИФИ представлена в таблице.

Таблица. Распределение больных по уровням ИФИ

ИФИ (баллы)	Встречаемый		Накопленный	
	п	%	п	%
1	17	41,5	17	41,5
2	17	41,5	34	82,9
3	4	9,8	38	92,7
4	3	7,3	41	100

Таким образом, установлено, что у 41,5% больных в период ночного сна установлена удовлетворительная адаптация. Группа больных с неудовлетворительной адаптацией и ее срывом составила 7 человек (17,1%).

Выводы.

У большинства больных (58,5%) с опухолями надпочечных желез, проживающих в Восточной Сибири, выявлены нарушения уровня функционирования системы кровообращения в период ночного сна.

Басиев З.Г., Басиева О.З.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Северо-Осетинская медицинская академия, г.Владикавказ, Россия

Обструктивные болезни органов дыхания (ОБОД) занимают значительное место среди преобладающей патологии населения. В этиопатогенезе ОБОД наиболее часто играют роль курение, экологические и производственные загрязнения, инфекция, генетически детерминированные состояния и другие неблагоприятные факторы, которые также отрицательно сказываются и на состоянии сердечно-сосудистой системы. При хронизации ОБОД в органах кровообращения могут формироваться различные анатомо-функциональные нарушения («легочное сердце», дыхательная недостаточность, декомпенсация и др.). Для клинической практики также важно установить зависимость формирования сердечно-сосудистой патологии у больных ОБОД в зависимости от возраста больных.

С этой **целью** нами обследован 161 больной с ОБОД в возрасте 15-75 лет и длительностью заболевания от 2 до 27 лет. Мужчины среди них составили 60%, женщины – 40%. Более половины больных на предшествующих этапах получали лечение в различных лечебных учреждениях. Все больные в стационар поступили в фазе обострения ОБОД. Больным на старте и в динамике были проведены клинико-лабораторные, рентгено-бронхологические исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, РПГ, вентилометрия, определялись иммунологические показатели. По возрасту больные были распределены по трем группам. I-ю группу составили 36 больных в возрасте 15-30 лет, II-ю – 38 в возрасте 35-50 лет, III-ю – 86 в возрасте 51-75 лет. Возрастная градация соответствовала составу больных, обычно поступающих в пульмонологический стационар. В I группе артериальная гипертензия (АГ) установлена у 3 больных, ИБС – у

2, НК – у 2. Во II группе АГ имелась у 6 больных, ИБС – у 7, НК – у 5. В III группе АГ диагностирована у 42 больных, ИБС – у 34 больных, НК – у 32 больных. В III группе преобладало более тяжелое и осложненное течение заболевания, часто на фоне атеросклероза и кардиосклероза. В 8 случаях имелись постинфарктные состояния. Кроме того, в I группе объективные проявления имелись у 2 больных, во II – у 5, в III – у 16 больных. Аналогичная тенденция утяжеления состояния больных в старшей возрастной группе имелась и по показателям вентилометрии. В I группе с начальными признаками бронхообструкции преобладала ВН₁ или ВН₁₋₂. Во II-ой - нарушения вентиляции чаще расценивались как ВН₂. В то же время в III-ей группе ВН₂ имелась в 73,3%, ВН₃ – в 11,2% случаев со стойкой бронхиальной обструкцией. У большинства больных III группы чаще выявлялась комбинированная патология сердечно-сосудистой системы, а также ее сочетание с другими состояниями – атерокордиосклероз, АГ, ИБС, болезни периферических сосудов, сахарный диабет, энцефалопатии и др. У 18% пожилых больных этой группы определялись различные виды аритмий, предусматривавших использование в последующем ритморегилирующих средств.

Полученные данные позволили базисную терапию ОБОД целенаправленно дополнять лекарственными средствами для коррекции сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. При этом учитывались взаимодействия, совместимость, фармакокинетика препаратов, применяемых при ОБОД и сердечно-сосудистых болезнях с учетом возрастного фактора. Дифференцированно в зависимости от тяжести состояния, характера кардиореспираторных нарушений и компенсаторных возможностей наряду с лекарственной терапией назначались нефармакологические методы терапии (оксигенотерапия, лечебные кровопускания, лазеротерапия, КВЧ-терапия и др.). В итоге положительный эффект был достигнут у 86%, незначительное улучшение у 7% больных, в остальных случаях (7%) ухудшений в состоянии обследованных не наступило.

Басиев З.Г., Басиева О.З., Зембатова Т.С.

ВНУТРИВЕННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Северо-Осетинская медицинская академия, г.Владикавказ, Россия

Среди больных бронхиальной астмой (БА) нередко выявляются клинко-электрофизиологические признаки ишемической болезни сердца (ИБС). Между этими видами патологии существуют сложные этиопатогенетические взаимоотношения. Клиническими наблюдениями установлено, что лечение комбинации БА и ИБС представляет значительные трудности. До сих пор недостаточно изучена терапия ИБС в сочетании с инфекционнозависимой астмой (ИБА). О благоприятном влиянии лазерной терапии (ЛТ) на течение ИБС указывают исследования многих авторов, занимающихся этим методом лечения.

С учетом такого опыта для достоверного определения эффективности применения ЛТ нами обследовано и проведено лечение 62 больных ИБА в

возрасте 33-68 лет и длительностью заболевания от 5 до 32 лет. Среди них было 39 женщин и 23 мужчины. Во всех этих случаях проведением наблюдений на догоспитальном этапе и в стационаре при использовании соответствующих клинико-лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования была установлена ИБС. У 28 % из этих больных имелись эпизоды стенокардии ФК I-III, у 32 % была установлена атеросклеротическая патология (у 7 больных имелся постинфарктный кардиосклероз), у 19 % определена гормонозависимая ИБА. Следует подчеркнуть, что БА сформировалась задолго до проявлений ИБС. В большинстве случаев ИБА модифицировалась на базе атопии. Методом вентилеметрии у больных была определена недостаточность дыхания II степени, а в 18 % - II-III степени. Отмечено, что приступы БА часто провоцировали стенокардию. Эпизоды коронарогенных болей реже приводили к обострению ИБА. На предшествующих этапах лечения общепринятая базовая терапия оказалась недостаточной. Все больные в стационар поступили в фазе обострения процесса. В этой группе было применено внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Использовались лазерные аппараты низкоинтенсивного красного излучения АЛОК- 1 и БИОЛАЗ со следующими параметрами – длина волны 630 нм, режим постоянный. ВЛОК производилось через вены локтевого сгиба с помощью кварцевых или нетоксичных световодов однократного использования с выходной мощностью 2-3 мВт. Перед введением световод обрабатывался фраксипарином для предупреждения тромбообразования. На предшествующих этапах применения ВЛОК нами определялась эффективность 30-минутного и 10-минутного по продолжительности сеанса ЛТ.

Полученные данные показали оптимальность 10-минутной экспозиции лазерного воздействия. ВЛОК проводилось по ежедневной схеме в утренние часы. Курс лечения состоял из 10-12 процедур. Во всех случаях ЛТ сопровождалась назначением противовоспалительных и бронхолитических средств (ГКС, теофиллины, агонисты β -рецепторов), параллельно применялись нитраты, антагонисты кальция, антиоксиданты, милдронат и антикоагулянты. В результате применения ВЛОК показало следующее. Переносимость такого метода ЛТ во всех случаях была благоприятной. У части больных (12 чел.) наблюдалось невыраженное обострение ИБС, чаще возникавшее на 3-4 процедуре ВЛОК и имевшее преходящий характер. В остальных случаях аналогичных реакций не было.

Многосторонними исследованиями (ЭКГ, ЭхоКГ, РПГ, вентилеметрия, биохимические показатели, фармакологическое тестирование и др.) и мониторингом полученных данных установлена выраженная клинико-функциональная эффективность такой сочетанной терапии. У большинства больных прекратились приступы БА и болевого синдрома ИБС, повысилась толерантность к физической нагрузке, достигался прирост ОФВ₁ на 18-25 %, снижалась потребность в фармакологических препаратах. Значительное улучшение было достигнуто у 58 больных, незначительное улучшение наступило у 4 больных с постинфарктным кардиосклерозом. Комплексную терапию с включением ВЛОК рекомендовали возобновлять через каждые 2-3 месяца для достижения устойчивого состояния и повышения качества жизни больных с сочетанием ИБА и ИБС.

Басиев З.Г., Басиева О.З., Кусаева А.М., Задиева И.Н.
**ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТ-
МОЙ**

Северо-Осетинская медицинская академия, г.Владикавказ, Россия

В определении состояния сердца большое значение приобрела эхокардиография (ЭхоКГ), которая по информативности и динамической картине превосходит другие методы исследования сердечно-сосудистой системы. Однако малоизученными являются вопросы использования ЭхоКГ у больных бронхиальной астмой (БА).

С целью определения анатомо-функционального состояния сердца и магистральных сосудов в группе длительно болеющих нами проведена эхокардиографическая диагностика на этапе стационарного обследования и лечения больных БА. Показанием для проведения ЭхоКГ считали отклонения и нарушения в работе сердца и наличие клинических указаний на отклонения в центральной гемодинамике, наличие у больных признаков НК и ЛСН, выявленных при использовании традиционных клиничко-рентгенологических и электрокардиографических методов. Значительный интерес для клинициста также представляют особенности состояния сердца в эхокардиографическом отображении у больных atopической (АБА) и инфекционно-аллергической (ИБА) астме.

Для решения этой задачи нами было обследовано методом ЭхоКГ 106 больных, из которых 54 имели АБА (I группа) и 52 ИБА (II группа) в возрасте 27-65 лет. В I гр было 34 мужчин и 20 женщин, во II – 31 женщина и 21 мужчина. Исследование проводилось на эхокардиографе фирмы "SONOTRON" WINGMED CFM 725 с цветным и постоянно-волновым доплером. Расчеты показателей производились по методу Симпсона.

Оценка параметров ЭхоКГ позволила установить следующие виды структурных и функциональных отклонений. Уплотнение и кальциноз аорты в I гр установлены у 6, во II – у 17, кальциноз корня и створок аорты в I гр – у 1, во II – у 6, аортальная регургитация в I – у 1, во II – у 4 больных. Гиперкинез и гипертрофия межжелудочковой перегородки были определены в I гр у 7, во II – у 5 больных. Дилатация правого желудочка (ПЖ) была выявлена в I гр у 15, во II – у 10, объемная перегрузка и гипертрофия ПЖ – в I гр – у 3, во II – у 2, трикуспидальная недостаточность – в I гр – у 3 и во II – у 2 больных. В левых отделах сердца определены следующие ЭхоКГ- признаки: гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) в I гр у 5, во II- у 2, дилатация ЛЖ в I гр – у 3, во II – у 5, расширение камер ЛЖ в I гр – у 3, во II – у 2. Кроме того, диагностирован пролапс митрального клапана без нарушения гемодинамики в I гр у 4, во II – у 3, с регургитацией I ст в I гр – у 6, во II – у 4 обследованных. Локальный гипокинез зарегистрирован в I гр – у 1 и во II – у 3 больных, перенесших инфаркт миокарда. Важными были также для построения терапевтической тактики данные по гемодинамике в системе легочной артерии. Умеренная гипертензия в I гр имела в 27%, во II- 40% случаев. Следует отметить, что при проведении ЭхоКГ патологии не было выявлено с одинаковой частотой при АБА и ИБА – у 15 больных в I и у 15 – во II группах. Из приведенных данных следует, что склеротические и дистрофические изменения в магистральном секторе кровообращения чаще выявлялись при ИБА. Ремоделирование правых отделов сердца при АБА превалировало над

аналогичными признаками при ИБА. Это объясняется более частым началом заболевания АБА в детском возрасте и длительностью болезни. Левожелудочковая перестройка нами объяснялась более тяжелым составом больных, частыми эпизодами инфицирования дыхательных путей и нередко возникающей артериальной гипертензией при ИБА. В соответствии с результатами и картиной ЭхоКГ в планы фармакологической и других видов терапии БА нами вносились соответствующие коррективы. ЭхоКГ с комплексной оценкой других клинико-функциональных и лабораторных показателей способствовала определению прогноза заболевания, толерантности к физическим и эмоциональным нагрузкам, а также степени трудоспособности и др. ЭхоКГ позволяла объективно установить особенности кардиогемодинамики и структуру правого и левого отделов сердца при АБА и ИБА. Применение этого метода во всех случаях использовалось также в определении эффективности проводимой в стационаре терапии.

ЭхоКГ является высокоинформативным неинвазивным пособием функциональной диагностики и должна шире использоваться в астмалогии для оценки состояния сердечно-сосудистой системы у больных АБА и ИБА.

Белитченко Н.В.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИОКАРДА ЛИЦ, ПОРАЖЁННЫХ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Кафедра патологической анатомии ВолГМУ, Волгоград

Актуальность проблемы поражения миокарда вирусом простого герпеса обусловлена тем, что в последнее время растёт частота поражения населения вирусными инфекциями. Различными формами герпетической инфекции в России и СНГ ежегодно инфицируется до 20 млн. человек, что представляет собой важную медико-социальную проблему. У человека вирусы простого герпеса способны поражать практически все органы и системы, вызывая острую, хроническую и латентную формы заболевания, что в отдельных случаях представляет трудности в постановке диагноза. Особую значимость эта проблема принимает в отношении поражения миокарда в связи с отсутствием типичной клинической картины, трудностями дифференциальной диагностики, а также большим количеством латентных форм заболевания при широком распространении герпетической инфекции среди населения.

Целью работы является изучение патоморфологических изменений в миокарде, вызываемых вирусом простого герпеса. Исследование проводилось на аутопсийном материале, полученном от 3 больных, имевших при жизни клинические и лабораторные признаки поражений сердечной мышцы (нарушения реполяризации, ритма, замедление проводимости). Во всех наблюдаемых случаях у больных отмечались обильные высыпания на коже и слизистых оболочках, характерные для герпетической инфекции. В сопоставлении с материалами медицинской документации анализировались макроскопические (степень выраженности гипертрофии миокарда, состояние полостей сердца, эндо- и перикарда) и микроскопические изменения в тканях сердца.

При патологоанатомическом вскрытии во всех случаях наблюдались схожие патоморфологические изменения. Сердце характерной формы, масса в пределах 400-450 гр. Перикард гладкий, влажный, блестящий, в полости прозрачная серозная жидкость, до 10 мл. Коронарные сосуды умеренно извитые, просвет их полностью проходим. Полости сердца заполнены тёмной жидкой кровью и посмертными сгустками. Толщина стенки левого желудочка 1,5- 2,0 см., правого – 0,8-1,2см. Пристеночный эндокард и клапаны бледно-розового цвета, гладкие, блестящие, хорды тонкие. Миокард на разрезе серовато- розового цвета, однородной дряблой консистенции, без очаговых изменений.

Материал фиксировался 10% нейтральным формалином. Препараты готовились по общепринятой методике (парафиновая проводка), окрашивались гематоксилином и эозином. Выявленные при световой микроскопии изменения касались преимущественно кардиомиоцитов: глыбчатый распад мышечных волокон с образованием очагов коагуляционного некроза, диффузные лимфогистиоцитарные инфильтраты, среди которых многочисленны лейкоциты и макрофаги. В интерстициальном пространстве умеренный серозный отёк, полнокровие сосудов микроциркуляторного русла, явления стаза. Отличительной чертой явились очаговые скопления моноцитов, макрофагов, плазматических клеток и лимфоцитов, обнаруживаемые преимущественно в строме по ходу сосудов.

Как известно, чаще вирусный миокардит встречается при поражении вирусами ЕСНО, гриппа А, В и Коксаки. В исследуемых случаях чётко прослеживается связь клинических проявлений с перенесённой герпетической инфекцией, а морфологическая картина может быть расценена как косвенный признак вирусного миокардита.

Благинина М.Ю., Гафаров В.В.

ИНФАРКТ МИОКАРДА И ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «МОНИКА»

НИИ терапии СО РАМН, НГМА, г. Новосибирск, Россия

Цель: изучить связь инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти среди населения в возрасте 25-64 лет.

Материал и методы: в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «МОНИКА» изучили все случаи смерти от ИМ за 4 года (1991 - 1994 гг.) в трех районах г. Новосибирска (Ленинский, Кировский, Октябрьский - всего 1091 летальный исход). Из всех умерших 842 умерли внезапно (77,2%), 249 в течение 28 дней с момента возникновения сердечного приступа (22,8%). Процент вскрытий от общего числа умерших составил 84,6% (924 умерших). Мужчины составили 70,2%, женщины – 29,8%.

Результаты: половина мужчин (54,3%) и половина женщин (51,6%) умерли дома до прибытия врача. Дома, в присутствии врача, в общественном месте, при транспортировке в больницу умирает почти одинаковое число мужчин и женщин. Но на рабочем месте, на улице смерть мужчин превышает таковую у женщин. В то же время в стационаре женщин умирает больше

(30,5%), чем мужчин (20,0%). Существенные различия в числе умерших по месяцам года отсутствуют. Анализ структуры смертности по дням недели показал, что число умерших меньше в первые три дня недели. В последующие дни число умерших возрастает и достигает максимума в выходные дни (суббота, воскресенье). Как показало распределение умерших по времени суток, наибольшее число смертей приходится на следующие часы суток: 2-3, 6-7, 9-10, 13-14, 16-19 часов. Изучена распространенность постинфарктных рубцов (более 0,5 см, по определению ВОЗ) в миокарде на вскрытии при отсутствии в анамнезе среди умерших ИМ. Их распространенность составила 7,1%. Появление постинфарктных рубцов для мужчин отмечено в возрасте 35-39 лет, для женщин - в 45-49 лет. Существенных различий между мужчинами и женщинами по возрастным группам не отмечено. Анализ умерших внезапно на дому с макроскопически видимым некрозом на вскрытии при отсутствии клинической картины заболевания показал, что среди вскрытых умерших их число составляет 4,4%. Следует заметить, что среди мужчин чаще всего некроз на вскрытии обнаружен в возрастной группе 60- 64 лет (8,9%), среди женщин по возрастным группам различий не наблюдалось.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что как у мужчин, так и у женщин летальный исход от ИМ наступает в основном на догоспитальном этапе. Причина - внезапная смерть. Превалирование умерших среди мужчин на рабочем месте и на улице над таковыми у женщин, вероятно, объясняется тем, что ИМ, у мужчины возникает в более молодом и работоспособном возрасте, чем у женщин. Крайне тревожным является тот факт, что почти половина умерших мужчин и 1/3 женщин не имели в анамнезе патологии. Кроме того очень высока доля умерших внезапно с рубцами на вскрыти (безболевыми формами ИМ) и с видимым некрозом.

Благинина М.Ю., Гафаров В.В., Лбов Г.С.

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВНЕЗАПНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА БАЗЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «МОНИКА» (эпидемиологическое исследование)

НИИ терапии СО РАМН, НГМА, г.Новосибирск, Россия

Цель: создание математического критерия для выявления больных с высоким риском внезапного фатального исхода в ближайшие 5 лет.

Материал и методы: использовались программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «МОНИКА» в одном из районов Новосибирска с численностью населения 150 тыс. жителей. В 1991-1992 гг. выявлено 375 случаев острого ИМ среди населения в возрасте 25- 64 лет. В течение 5 лет у них прослежен прогноз.

Результаты: для выявления статистических закономерностей у этих больных использовался алгоритм распознавания образов «логическое решающее правило» (LRP), основанный на классе логических функций от разнотипных признаков. Главным преимуществом алгоритмов, основанных на логических решающих функциях, является то, что результаты анализа в отли-

чие от классических методов представляются в удобном для интерпретации виде (на языке, близком к естественному языку логических суждений). Математическая обработка проводилась с помощью программ, предназначенных для работы с таблицами объект - свойство, где в качестве объектов (строка таблицы) рассматривались обследуемые больные, а в качестве свойств (столбцов) - исходная система признаков (76 признаков), включающая в себя характеристики обследуемого больного. Необходимо отметить, что признаки были как количественные, так и качественные, т. е. принимали несколько различных имен. С помощью алгоритма LRP строится решающее правило в виде дерева, которое дает возможность определять сочетание признаков, соответствующих конечным вершинам дерева и позволяющим отнести обследуемого больного с некоторой вероятностью к той или иной группе больных. Кроме того, сочетание признаков дает возможность выявить причинно-следственные связи, приводящие к тому или иному исходу инфаркта миокарда. Все обследуемые были разбиты на 3 группы: живые, внезапно умершие и умершие в течение 5 лет. Информативность признаков в порядке убывания значимости у умерших внезапно следующая: 19) пол; 4) возраст; 21) диагностические категории; 22) своевременность вызова врача; 10) своевременное прибытие врача; 23) стенокардия до ИМ; 24) нестабильная стенокардия до ИМ; 25) гипертоническая болезнь до ИМ; 11) курение; 7) сахарный диабет до ИМ; 13) сердечная недостаточность до ИМ; 16) кардиогенный шок; 14) отек легких; 26) ИМ 1 год назад до настоящего случая; 1) биомасиндекс. Благоприятный прогноз в этой задаче связан с отсутствием гипертонической болезни, биомасиндексом меньше 23, возрастом менее 55 лет и отсутствием курения.

Выводы: Полученные результаты позволяют прогнозировать внезапные исходы у больных, перенесших ИМ и на этой основе проводить профилактические мероприятия.

Блинова А. В., Избенко Н.Л., Макарова В.И., Перова М.В.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В последние годы стало очевидно, что прогноз относительно жизни у больного с артериальной гипертензией (АГ) зависит не только от уровня подъема артериального давления (АД), но и в значительной степени от вовлеченности в процесс органов-мишеней, в частности от структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ). Следовательно, оценка диастолической функции ЛЖ не вызывает сомнений в определении прогноза больных с АГ.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи степени артериальной гипертензии и состояния систолической и диастолической функций левого желудочка у детей и подростков.

Материалы и методы. Обследовано 30 детей в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 15,4 лет), направленных в Северный детский кардиологический центр с диагнозом синдром вегетодистонии по гипертоническому

типу. Всем пациентам проведено мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата «Кардиотехника-4000 АД» (ИНКАРТ) и эходоплеркардиография на аппарате MEGAS ESAOTE. Проанализированы среднесуточные показатели систолического (САД), диастолического (ДАД) давления, среднее дневное и среднее ночное АД, суточный индекс. Для определения систолической функции левого желудочка (ЛЖ) оценивались толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, конечный диастолический размер ЛЖ, фракция выброса (ФВ). Диастолическую функцию ЛЖ характеризуют отношение скорости раннего трансмитрального кровотока к скорости кровотока предсердной систолы (Е/А) и время изоволюметрического расслабления миокарда ЛЖ (ВИР).

Пациенты были разделены на 3 группы по степени повышения АД по данным СМАД согласно «Рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике АГ у детей и подростков» Ассоциации детских кардиологов России (2003 г., Москва). Первую группу составили 10 детей (30%) с 1 степенью АГ, 2-ю группу составили 19 детей (53,3%) с высоким нормальным АД, 3-я группа - 4 ребенка (13,3%) – АД в пределах возрастной нормы. Результаты представлены в таблице:

	Диля- тация ЛЖ	Ги- пер- тро- фия ЛЖ	ФВ %	Е/А	ВИР мс	Ср/сут. мм рт ст	АД	Ср.дн. мм рт ст	АД	Ср.ночн. мм рт ст	АД
АГ I ст.	2 чел. 20%	1 чел. 10%	63,9	1,73	63,4	141,3±3,61/ 74,43±1,48		147,6±4.8/ 78,9±9,56		129,9±1,78/ 73,3±1,58	
Вы- со- кое нор- маль- ное	2 чел. 12,5%	2 чел. 12,5 %	63,5	2,02	66,4	129,1±1,27/ 77,4±4,27		133,9±0,93/ 82,6±2.47		117,8±3,85/ 65,88±2,76	
Нор- маль- ное	-	-	58,5	2,18	61,3	115,5±1,32/ 59,8±1,35		123,3±0,73/ 63±2,35		102,75±4,0 4/54±3,54	

Дилатация ЛЖ встречается чаще в группе больных с АГ 1ст. ФВ и ВИР соответствует норме во всех группах. Интересен факт уменьшения отношения Е/А при повышении степени АГ. При СМАД выявлены следующие циркадные типы: dipper в 1группе-6 чел.66,7%, во 2 гр.-9 чел.56,3%, в 3гр.-3 чел. 75%, non dipper 1гр.- 3 чел.- 33,3%, 2 группа- 6 чел.-37,5%, over dipper встречается только во 2 и 3 группах по 1 человеку 63,5% и 25% соответственно, 1 человек night rerper.

Таким образом, нарушение диастолической функции ЛЖ появляется не только при АГ I ст., но и в высоком нормальном АД.

*Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Борискин П.В., Иванов В.С.,
Зотова Е.Н., Новокушенина И.В., Шарфутдинова Ю.М.*

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность лечения больных с мягкой артериальной гипертензией (МАГ) пожилого возраста определяется её распространенностью, прогрессирующим течением, поражением органов мишеней и высоким риском развития спонтанных сосудистых «инцидентов».

Цель. Изучить фармакоэкономические особенности оптимизации лечения больных МАГ пожилого возраста.

Материал и методы. Под наблюдением было 77 пациентов пожилого возраста страдающих мягкой артериальной гипертензией (57 мужчин и 20 женщин). За основу расчета использовали данные Информационного Бюро «Электронная аптека» в сети Интернет от 15 января 2003 года по средней рыночной цене лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке города Самары и области.

Проводился многофакторный корреляционный анализ параметров оценки лекарственной терапии с учетом её действенности (efficacy), клинической эффективности (effectiveness), безопасности (safety), приверженности пациентов к лечению (compliance) и клинико-экономических показателей.

Результаты исследования показали, что стоимость заболевания (общая стоимость лечения) при лечении больных с МАГ определялась рядом факторов. Прежде всего клинической манифестной симптоматикой заболевания, исходным уровнем АД, стоимостью антигипертензивных препаратов, чувствительностью к ним, их суточной, поддерживающей и курсовой дозой, значениями целевого уровня АД, индивидуальной приверженностью пациентов к лечению. Её оценка была не простой задачей. Она существенно осложнялась тем, что имелся значительный разброс цен не только между оригинальными препаратами (брендами) из различных классов, но и отдельными генериками, как внутри одного класса препаратов, так и между различными классами. Это обстоятельство имело существенное значение при расчете средней суточной, поддерживающей и курсовой доз, особенно комбинированной фармакотерапии. Установлено, что в клинической практике более точным методом определения реальной стоимости болезни (расходов на лечение) является расчет терапии наиболее часто назначаемым препаратом каждого класса, как в условиях стационара, так и при диспансерном наблюдении и амбулаторном лечении. Оказалось, что наиболее часто назначаемый препарат ни в одном случае не был, ни самым дешевым, ни самым дорогим, и ни самым эффективным и поэтому не был оптимальным и наиболее адекватным. Было установлено, что низкая приверженность к антигипертензивной терапии приводила к резкому снижению эффективности лечения, увеличению риска развития гипертонических кризов и других осложнений, частоты и продолжительности госпитализаций и значительному росту стоимости заболевания (общих расходом на лечение).

Таким образом, общая стоимость заболевания (МАГ) у лиц пожилого возраста определяется исходным уровнем АД, стоимостью антигипертензивных препаратов, чувствительностью к ним, их суточной, поддерживающей и курсовой дозой, значениями целевого уровня АД, индивидуальной приверженностью пациентов к лечению.

*Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Кожасева М.А., Новокишенина И.В.,
Иванов В.С., Соснова Ю.Г., Зотова Е.Н.*

СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Цель. Разработать критерии стратификации риска и наиболее информативный алгоритм клинико-инструментальной диагностики и тактики ведения больных стабильной стенокардией напряжения (ССН), старше 60 лет.

Материал и методы. Под наблюдением было 120 больных ССН старше 60 лет. В условиях стационара проведено полное клиническое исследование. Изучались факторы риска, показатели качества жизни и данные клинических, физических, лабораторных, биохимических, инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, велоэргометрическая проба, ЧПЭКС). По суммарной оценке отдельных независимых факторов риска оценивался риск развития сердечно-сосудистых осложнений и предполагаемая гипотетическая эффективность лечения. Оценка качества жизни проводилась по данным стандартных опросников (SF-36, Миннесотский, Ноттингемский, Сиэтлский опросник для стенокардии, Р.А. Либис, Я.И. Коц и Индекс качества жизни, тест Спилберга-Ханина, проба Бурдона). При динамическом диспансерном наблюдении изучались клинические данные и результаты параклинических методов исследования, показатели качества жизни исходно, перед выпиской и через 6, 12 месяцев. Проведено сопоставление клинических данных, результатов опроса и анкет с балльной оценкой качества жизни и многофакторный корреляционный анализ показателей лабораторных и неинвазивных инструментальных методов обследования.

Результаты исследования позволили по динамике клинических данных, результатам параклинических методов исследования и критериям оценки качества жизни провести стратификацию риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Это позволило сгруппировать больных и выделить несколько однородных групп и разработать для них алгоритм обследования, принятия решений о лечении и оценке прогноза.

Выделены следующие группы:

- Пациенты ССН с медикаментозно легко контролируемой ангинозной приступами, а также с выраженной и тяжелой симптоматикой декомпенсации и дисфункцией левого желудочка ($ФВ > 35\%$), тяжелыми сопутствующими заболеваниями, старше 75 лет и имеющие противопоказания для реваскуляризации миокарда. Они могут быть подвергнуты полному клиническому обследованию и минимальному инструментальному обследованию с регистрацией стандартной ЭКГ;

- Пациенты ССН с умеренно выраженной клинической ангинозной симптоматикой и толерантностью к антиангинальной терапии с нарастающей симптоматикой сердечной декомпенсации. Им показано полное неинвазивное инструментальное обследование с проведением: рентгенокардиометрии, суточного мониторирования ЭКГ по Holter, проведение нагрузочных проб с оценкой толерантности к физической нагрузке (велозергометрия, чрезпищеводная электрокардиостимуляция, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ). После чего при наличии низкой толерантности к физической нагрузке и/или рефрактерности к фармакотерапии следует решать вопрос о целесообразности проведения интервенционных вмешательств: коронарографии и показаниях к операции по реваскуляризации миокарда;

3. - Пациенты СС с выраженной или нарастающей ангинозной симптоматикой, мало- или неконтролируемой медикаментозно. Им показана коронарография, при условии, если последующее хирургическое вмешательство позволит улучшению качества жизни и прогноза.

Таким образом, данные клиники, параклинических методов исследования и показатели качества жизни могут быть использованы, как наиболее адекватные и информативные показатели в оценке тяжести состояния больных стенокардией напряжения у лиц пожилого возраста, их риск-стратификации и принятии решения о тактике и методах лечения.

*Гаглыева И.В., Симерзин В.В., Новокишенов В.С., Зотова Е.Н.,
Новокишенова И.В.*

РАБОТА ОБЛАСТНОГО «ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ДИСЛИПИДЕМИЙ» КЛИНИК СамГМУ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Цель исследования: Оценить эффективность работы областного «центра по лечению и профилактике атеросклероза и дислипидемий» клиник самарского государственного медицинского университета (СамГМУ).

Материал и методы. По инициативе ректора СамГМУ, члена корреспондента РАМН, лауреата Государственной премии РФ и премии Правительства РФ, заслуженного деятеля науки РФ, профессора Г.П. Котельникова в ноябре 2003 года в клиниках СамГМУ, на базе кафедры и клиники факультетской терапии создан «Центр по лечению и профилактике атеросклероза и дислипидемий» и Липидная клиника. Это активизировало консультативную и лечебную, научную и методическую работу по диагностике и лечению дислипидемий и атеросклеротических заболеваний. За истекший год проведено двенадцать областных научно-практических конференций и «День липидолога». Создание Центра позволило:

более активно позиционировать первичную и вторичную профилактику атеросклероза в систему Самарского здравоохранения;

осуществлять единое руководство, разработать доктрину, общую идеологию, концепцию, стратегию и тактику. Проводить в жизнь комплексную междисциплинарную программу борьбы с атеросклерозом, которая объединила в Клиниках СамГМУ, как ведущем медицинском учреждении региона усилия

крупных ученых и специалистов: работников ЦНИЛ, института гигиены и врачей практического здравоохранения;

разработать алгоритм диагностики, верификации и риск-стратификации больных с первичными и вторичными гипер- и дислипидемиями с выделением однородных групп для дифференцированного лечения;

объединить и сконцентрировать в одном учреждении все ресурсы, силы и средства необходимые для лечения пациентов с тяжелыми и рефрактерными дислипидемиями;

централизовать сложные медицинские вмешательства и современные технологии в одном медицинском учреждении с целью повышения эффективности лечения и значительной экономии средств;

на основе данных доказательной медицины обеспечить разработку междисциплинарных стандартов (протоколов), методических рекомендаций, формуляров дифференцированного ведения пациентов с различными формами ДЛП и атеросклеротических заболеваний;

улучшить преемственность в обследовании и лечении пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи, от участковой, районной, городской поликлиник, больниц до Липидного Центра;

сконцентрировать в одном учреждении больных с тяжелыми семейными, генетически детерминированными формами первичных гиперхолестеринемий, (гомозиготных, гетерозиготных форм, полигенным и комбинированным) для оказания им специализированной медицинской помощи, включая высокоэффективные агрессивные методы вмешательств (с применением безальтернативного современного метода плазмафереза и операции Бухвальда).

проводить адекватную гиполипидемическую и липидкорректирующую фармакотерапию лицам с дислипидемиями и высоким риском, пациентам ИБС и эквивалентным и приравненным к ней заболеваниям с целью снижения заболеваемости, риска развития осложнений и увеличения продолжительности жизни. Это позволит снизить нагрузку на врача общей практики и даст ему возможность уделять больше времени профилактическим мерам.

Таким образом, создание областного Центра по лечению и профилактике и лечению атеросклероза и дислипидемий является своевременной насущной необходимостью практического здравоохранения.

*Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Тухбатова А.А., Соснова Ю.Г.,
Зотова Е.Н., Иванов В.С., Новокшенова И.В., Тухбатова Г.А.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

Цель: Оценить клиническую эффективность и безопасность длительной гиполипидемической фармакотерапии у больных стенокардией напряжения.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 107 больных стенокардией напряжения II и III ФК, пожилого возраста (старше 60 лет), 83 муж-

чины и 24 женщины. У 42 пациентов выявлена гипертоническая болезнь. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование. Изучались клинические, лабораторные, биохимические и инструментальные данные (толерантность к физической нагрузке, мониторирование ЭКГ по Holter). Изучались показатели качества жизни по опросникам: SF-36, Миннесотскому, Сизтлскому для больных стенокардией, Р.А. Либис, Я.И. Коц и Индекс качества жизни. Методом рандомизации больные распределены на две репрезентативные группы. Пациентам первой (контрольной) группы проводилось базовое лечение, которое включало диетотерапию, лечебную физкультуру, антиагреганты (аспирин), бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол, конкор). При наличии противопоказаний к бета-адреноблокаторам назначались антагонисты кальция (верапамил, дилтиазема гидрохлорид). Пациентам второй (основной) группы, на фоне базисной фармакотерапии дополнительно назначался Зокор в дозе 20 мг вечером. Через 4 недели исследовались печеночные пробы (включая АЛАТ и АСАТ), через 8 недель оценивался липидемический профиль и проводилось титрование дозы Зокора, до достижения целевого уровня ХС ЛПН в соответствии с рекомендациями АТР III, до величины 2,6 ммоль/л (100 мг/дл).

Результаты исследования показали, что у пациентов основной группы под влиянием фармакотерапии отмечалось более благоприятное течение заболевания. Это выражалось в более раннем урежении частоты и тяжести ангинозных приступов и их эквивалентов, количества нитроглицерина, принимаемого для купирования ангинозных приступов и принимаемых антиангинальных средств на фоне обострения заболевания. Под влиянием фармакотерапии у пациентов основной группы наблюдались положительные сдвиги по сравнению с контрольной группой показателей качества жизни по опросникам: SF-36, Миннесотскому, Сизтлскому, Р.А. Либис, Я.И. Коц и Индекса качества жизни. У 67% пациентов удалось добиться целевого уровня ХС ЛПН. Средняя доза Зокора составляла 27,0 мг в сутки. Следует отметить, что препарат хорошо переносился и его прием не сопровождался побочными эффектами. У 2 пациентов АЛАТ и АСАТ достигали 2-х кратных значений ВПН. При повторных исследованиях результаты АЛАТ и АСАТ не выходили за пределы нормальных величин. В контрольной группе у 3-х пациентов отмечен транзиторный подъем показателей АЛАТ и АСАТ. Под влиянием длительного приема препарата Зокор снизился уровень следующих показателей: ОХС на 29%, ХС ЛПН на 34%, ТГ на 12% и коэффициента атерогенности с 5,7 до 2,9. Содержание ХС ЛПВ повысилось на 10%. Наряду с этими изменениями у пациентов основной группы по сравнению с контрольной отмечалось достоверное уменьшение продолжительности суммарной депрессии интервала ST при суточном мониторировании ЭКГ, увеличение толерантности к физической нагрузке. Все эти изменения свидетельствуют о том, что наряду со снижением уровня липопротеидов плазмы крови Зокор обладает рядом pleiotropic эффектов, которые выходят за рамки влияния лишь на уровень липидов.

Выводы. Таким образом, длительный прием препарата Зокор у лиц стенокардией напряжения сопровождался благоприятными сдвигами в клинической картине заболевания, оптимизацией липидемических нарушений, с достижением целевого уровня ХС ЛПН у 67% пациентов. Препарат хорошо переносился не вызывал побочных эффектов, что свидетельствует о его не только высокой эффективности, но и безопасности.

Гафаров В.В., Гагулин И.В., Гафарова А.В.
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УРОВНИ И ИХ СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
НИИ терапии СО АРМН, г. Новосибирск

Цель: изучить связь профессиональных уровней с психосоциальными факторами, ИБС в мужской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Методика: изучение профессиональных уровней проводили в рамках программы ВОЗ "МОНИКА - психосоциальная" на репрезентативной выборке мужчин 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска.

Результаты: Профессиональные уровни (ПУ) в мужской популяции 25-64 лет составили: руководители высшего звена - 4,2%; руководители среднего звена 9%; руководители - 8,8%; ИТР - 11,7%; рабочие тяжелого физического труда - 19,7%; рабочие среднего физического труда - 25,8%; рабочие легкого физического труда - 2,6%; учащиеся - 1,1%; пенсионеры - 11,2%, другие - 5,9%. Высокие уровни личностной тревожности (тест Спилбергера) выше у лиц рабочих специальностей, пенсионеров, чем у руководящего состава и ИТР; причем самые значительные уровни этой категории зафиксированы у пенсионеров, учащихся, рабочих тяжелого физического труда; у руководящего состава они одинаковы. В тоже время средние уровни выше у руководящего состава. Отмечена тенденция в превалировании большой депрессии у рабочих тяжелого физического труда, учащихся, пенсионеров, чем у остальных. Наибольшие уровни высокой враждебности зафиксированы у руководителей высшего звена. Более часто высокое жизненное истощение встречается среди руководящего состава, снижаясь с уменьшением иерархического ранга и в тоже время растут средние его уровни. Низкие уровни социальной поддержки имеют тенденцию встречаться чаще всего при всех ПУ. Среди руководящего состава частота определенной ИБС была наибольшей у руководителей самого низкого уровня и еще более увеличивалась среди лиц рабочих специальностей.

Выводы: Низкие профессиональные уровни приводят к увеличению частоты психосоциальных факторов и к росту определенной ИБС в этих группах.

Гафаров В.В., Гагулин И.В., Гафарова А.В.
СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ИБС

НИИ терапии СО АРМН, г.Новосибирск

Цель: изучить социальную поддержку и ее связь с психосоциальными факторами, ИБС в мужской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Методика: изучение социальной поддержки (СП) проводили с использованием программы ВОЗ "МОНИКА - психосоциальная" (тест Брекман-Сим) на репрезентативной выборке мужчин 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска.

Результаты: Уровни социальной поддержки составили: 1. индекс близких контактов (ICC): низкий - 62%, средний - 25,9%, высокий - 12,1%; 2. индекс социальных связей (SNI): низкий - 5,6%, средний - 46,2%, средний 2 - 39,6%, высокий - 7,6%. В зависимости от возраста тенденция в определении самых высоких показателей ICC и SNI была выявлена в возрасте 45-54 лет, самых низких - в возрасте 35-44 лет. Уровни образования были связаны с СП следующим образом: самые высокие показатели ICC и SNI определены среди лиц с незаконченным высшим / средним специальным образованием; самые низкие - у лиц с высшим образованием. Более низкие показатели ICC были выявлены среди следующих профессиональных групп

- "руководители высшего звена", "ИТР", "пенсионеры"; более высокие - в группах "руководители", "рабочие тяжелого и среднего физического труда". SNI увеличивался среди руководителей и ИТР; среди лиц рабочих специальностей - уменьшался. Исследовали наличие других психосоциальных факторов у лиц с СП. Высокий уровень личностной тревожности (тест Спилбергера) был наименьшим, а средний - наибольшим при самых высоких показателях ICC и SNI; со снижением СП - противоположная картина. То же и при жизненном истощении, враждебности. С ростом СП (ICC и SNI) снижается как большая, так и средняя депрессия и улучшается сон. Доля лиц с определенной ИБС при высоких уровнях СП имеет тенденцию к снижению.

Выводы: Высокая СП является фактором, способствующим снижению уровня психосоциальных факторов, а так же приводит к более редкому развитию определенной ИБС в мужской популяции.

Гафарова А.В., Гафаров В.В., Гагулин И.В.

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ЕГО СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск, Россия

Цель: изучить семейное положение и его связь с сердечно-сосудистой патологией в мужской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Методика: изучение семейного положения проводили в рамках программы ВОЗ "МОНИКА - психосоциальная" на репрезентативной выборке мужчин 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска.

Результаты: По нашим данным семейное положение в мужской популяции 25-64 лет было следующим: не был женат - 6%, женат - 86,6%, разведен - 5,3%, вдов - 0,9%, другое - 1,2%. Изучение профессиональных уровней показало, что в категории "разведен" отмечается чаще всего в группах "рабочие с тяжелым физ. трудом", "рабочие со средним трудом". Исследовали наличие других психосоциальных факторов у лиц с различным семейным положением. Высокие уровни личностной тревожности (тест Спилбергера), большой депрессии, жизненного истощения, плохой сон встречаются значительно чаще у разведенных, чем у женатых, а у не женатых еще реже. В отношении враждебности разницы не отмечено, хотя имеется тенденция к увеличению ее отсутствия у не женатых и увеличения ее наличия у женатых и разведенных.. Социальная поддержка чаще всего низка во всех категориях семейного положения. В тоже время, более высокие уровни со-

циальной поддержки отмечены среди женатых, чем среди остальных категорий. Доля лиц с определенной ИБС у разведенных в 2 раза больше, чем в других категориях.

Выводы: Семейное положение оказывает значительное влияние на уровень психосоциальных факторов и ИБС в мужской популяции 25-64 лет.

Гафарова А.В., Гафаров В.В., Гагулин И.В.

УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск, Россия

Цель: изучить уровень образования и его связь с сердечно-сосудистой патологией в мужской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Методика: изучение уровня образования проводили в рамках программы ВОЗ "МОНИКА - психосоциальная" на репрезентативной выборке мужчин 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска.

Результаты: По нашим данным уровень образования (УО) в мужской популяции 25-64 лет составил: высшее - 29,2%, незаконченное высшее / среднее специальное - 28,4%, среднее - 23,3%, незаконченное среднее / начальное - 19,2%. Более низкие УО были определены среди рабочих и пенсионеров (среднее, незаконченное среднее / начальное образование), причем у рабочих тяжелого физического труда отмечены самые низкие уровни образования. У руководителей различных уровней и ИТР чаще всего имело место высшее и незаконченное высшее / среднее специальное образование; причем в категории "руководители" как первое, так и второе встречалось с одинаковой частотой. Высокий уровень личностной тревожности (тест Спилберга) растет со снижением уровня образования, достигая максимума у лиц с начальным образованием; а средний - снижается. Такая же картина при депрессии и враждебности, только с тем отличием, что при них со снижением образования растут и средние уровни показателей. Наибольшие уровни высокого жизненного истощения отмечены у лиц с высшим образованием, среднего - с начальным. Отмечена тенденция в большем снижении индекса социальных связей у лиц со средним и начальным образованием, чем с другими УО. Доля лиц с определенной ИБС при начальном образовании в 2 - 4 раза больше, чем при остальных УО.

Выводы: Уровень образования оказывает значительное влияние на уровень психосоциальных факторов и ИБС в мужской популяции 25-64 лет.

Гитинов Н.А., Эфендиева Г. Т, Магомедов Ю.С.,
Девришибекова С.В.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДРОСТ- КОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СКРИНИНГ-ТЕСТИРОВАНИЯ

Даггосмедакадемия, ДНЦ РАМН, г. Махачкала.*

Значительное повышение эффективности осмотров, улучшение первичного выявления отклонений в развитии и состоянии здоровья достигается внедрением в практику здравоохранения массовых диагностических тестов.

С **целью** выявления заболевания подростков на ранних стадиях и последующего проведения комплекса необходимых лечебно – оздоровительных мероприятий проведена двух этапная комплексная диспансеризация 947 студентов Дагестанского политехнического колледжа.

На первом этапе проведено анкетирование, по разработанной нами скрининг – анкете, позволяющее выделить группу подростков подозрительных на нарушение, сердечно – сосудистой, нервной, пищеварительной, мочевыделительной, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата и др. По результатам тестирования выделена группа учащихся с предварительной патологией сердечно–сосудистой системы, которая занимала в общей группе третье место. Наиболее часто подростки предъявляли жалобы: на боли в области сердца – 17,1%, головокружение – 17,9%, постоянные головные боли – 8,2%, сердцебиение – 7,5%, обмороки – 3,9%, повышение артериального давления – 2,8%, на чувство остановки сердца жаловались 1,3% подростков.

На втором этапе проведена диспансеризация 353 учащихся с участием специалистов Центра охраны здоровья студенческой молодежи и применением функциональных методов исследования. По результатам диспансеризации у 2 подростков выявлен ВПС(0,6%), тонзилотенная кардиомиодистрофия – 7 (2%), кардионевроз -3 (0,8%), у одного подростка диагностирован ревмокардит с поражением митрального клапана (0,3%), ревматический полиартрит (1,4%), пролапс митрального клапана (0,3%), артериальная гипертония, синусовая тахикардия и брадикардия по 0,3%.

Параллельное выявление синдрома вегетативной дистонии по данным анкетирования по А. М Вейну (1981), показало, что у 44% подростков имело место нарушение регуляции вегетативной нервной системы. По результатам кардиоинтервалографии проведенной 115 подросткам, выявлено преобладание эйтонии – 54(47%), симпатикотония наблюдалась у 33 (28,7%), ваготония - у 28 (24,3%) студентов. Вегетативная реактивность у подростков была различной в зависимости от исходного вегетативного тонуса, но имела общую тенденцию для всех, т.е. преобладала симпатикотоническая (44,3%) и гиперсимпатикотоническая (40%) направленность и сниженная асимпатикотоническая реактивность- 15,7%. Методом кардиоинтервалографии у 52,8% подростков выявлены нарушения вегетативной регуляции, которые не были диагностированы с помощью анкетирования.

По данным анализа 120 электрокардиограмм у 63 (52,%) подростков выявлена синусовая аритмия (СА), у 10 (8,3%)- тахикардия (из них 4 с тахиа-

ритмией); у 6 (5%) студентов – брадикардия (из них трое с брадиаритмией), единичные экстрасистолы у 8 (6,6%). Нарушение внутрижелудочковой проводимости отмечались у 11(9,2%), внутрисердечной проводимости -12 (10%); синдром укорочения PQ – 5(4,2%), синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) у 25 (20,8%) подростков. Наблюдались также следующие сочетания: экстрасистолия и СРРЖ в двух случаях; экстрасистолия, синусовая аритмия и синдром ранней реполяризации желудочков у 11 (9,1%) детей, укорочение PQ и СРРЖ в 1 случае.

Таким образом, организация комплексной диспансеризации на основе применения скрининг – тестов и инструментальных методов исследования, позволяет:

значительно повысить эффективность осмотров и выявляемость патологии;

в последующем проведение комплекса необходимых специализированных диагностических, лечебно–оздоровительных мероприятий детям и подросткам.

Гольдштейн А.С., Тухбатова А.А., Скрипник И.В., Круглов В.Н.
**АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: ВРАЧ,
ПАЦИЕНТ, ФАРМАКОЭКОНОМИКА**

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Гипертоническая болезнь (ГБ) – самое частое заболевание, с которым сталкиваются врачи, так как она приводит к грозным осложнениям, таким как инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт. Помимо социально-экономических причин, в лечении гипертонической болезни большую роль играют пациент-обусловленные и врач-обусловленные аспекты.

Цель работы – определение экономически обоснованного рационального лечения гипертонической болезни на поликлиническом этапе.

С **целью** выявления эффективности лечения на поликлиническом этапе нами был разработан опросник, включающий пол, возраст, длительность и особенности лечения пациентов с гипертонической болезнью.

С помощью опросника было исследовано 66 пациентов с ГБ в возрасте от 40 до 79 лет, среди них мужчин было 36 (55%) и женщин 30 (45%). Большинство больных (84,8%) страдало ГБ более 1года, но лишь 48,5% пациентов из числа опрошенных лечились постоянно, 39,4% больных принимали гипотензивные препараты только при повышении АД, а 12,1% совсем их не принимали. И это несмотря на то, что 44 больных (66,7%) были информированы врачом о последствиях прекращения лечения. Большинство пациентов – 48 (72,7%) ответили, что гипотензивная терапия назначалась врачом в поликлинике по месту жительства, 18 (27,3%) – выбор препаратов осуществляли самостоятельно. Выявились, что до сих пор используются лекарства с короткой продолжительностью действия – клофелин принимали 28 пациентов (42,4%), адельфан – 26 (39,4%). Наиболее часто при лечении использовались иАПФ: эналаприл в 48,5% случаев (32 пациента), престариум в 21,2% (14 пациентов). Диуретики применяли лишь 20 больных (30,3%). Пролонгированные β-блокаторы и антагонисты кальция названы не были. Отсутствие длительной адекватной терапии эффективными препаратами,

явилось причиной некорригированного АД, что по мнению 78.8% пациентов послужило в свою очередь причиной настоящей госпитализации.

Одним из основных факторов, обуславливающих рентабельность применения конкретного гипотензивного препарата, является его цена.

Выводы: Рентабельность лечения АГ определяется, в конечном итоге, не классом используемых гипотензивных средств, а конкретным медикаментом.

Выбирая препарат для лечения АГ внутри какой-либо группы, необходимо оценить эффективность данного препарата с позиций доказательной медицины, его безопасность, а также стоимость в сравнении с другими средствами.

Принимая во внимание существующие в настоящее время трудности в решении проблем, касающихся ГБ, мы предлагаем рациональные сочетания гипотензивных препаратов, позволяющих достичь целевого уровня АД и доступных по стоимости:

гипотиазид 25мг и эгилок 100(200)мг-100 (160) руб/мес., гипотиазид 25мг и эналаприл 10(20)мг-110 (170) руб/мес., эгилок 100(200)мг и кордафлекс 40 мг-100 (160) руб/мес.,

кордафлекс 40мг и эналаприл 10(20)мг-100 (160) руб/мес.,

эгилок 100(200)мг и эналаприл 10(20)мг-120 (240) руб/мес.,

рениприл ГТ(2таб) и кордафлекс 40 мг-150 (200) руб/мес.

Предлагаемая нами схема эффективна в лечении больных ГБ и не требует больших затрат от пациента(достигая суммы в 160-200 руб/месяц).

Горбунова М.Л.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Нижегородская государственная медицинская академия, Н.Новгород

Психофизиологические аспекты имеют важное значение в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) с одной стороны и в восприятии заболевания самим пациентом – с другой. Повышенная стрессогенность, дефицит времени неблагоприятно сказываются как на течении основного заболевания, так и на субъективном самочувствии пациента.

Целью исследования явилось определение психофизиологических особенностей и их взаимосвязи с уровнем артериального давления (АД) у больных с АГ.

Обследовано 86 чел. (60 женщин и 26 мужчин) с АГ II ст. (по ВОЗ и МО-АГ, 1999г.) Средний возраст 48 лет. Диагноз АГ был подтвержден объективным и инструментальными исследованиями. Также больным проводился блок психологических тестов с определением уровня стрессогенности (УС), цейтнотности (УЦ), и тонус-теста (ТТ) и проба с интеллектуальной нагрузкой с использованием таблиц Шульте. Рассчитывали максимальный прирост систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) во время проведения пробы. Данные обрабатывались однофакторным дисперсионным корреляционным анализом (по Пирсону), достоверность различий в группах оценивалась по критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Дисперсионный анализ выявляет достоверное увеличение уровня цейтнотности с ростом САД ($p < 0,05$). В то же время высокий уровень цейтнотности сочетался с низким показателем тонус-теста ($p < 0,05$). Уровень стрессогенности коррелировал с повышением ДАД в ответ на проведение интеллектуальной пробы ($r = 0,5862$, $p = 0,03$).

Высокий уровень цейтнотности (менее 25 сек.) является фактором, способствующему повышению АД, в большей степени САД. У лиц с высокой стрессогенностью интеллектуальная нагрузка вызывает более выраженное повышение ДАД, что предполагает к ограничению данного вида нагрузок. Имеется взаимоотягощающая связь между уровнем АД, цейтнотности, стрессогенности и показателями ТТ по типу порочного круга, что требует специальной коррекции данных нарушений.

*Давыдкин И.Л., Павлов В.В., Березин А.В., Селезнев Е.И.,
Данилова О.Е., Васильева И.Ф., Дьячков В.А.*

МЕТОД ОЦЕНКИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ОКИСЛЕНИЮ БЕЛКОВ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Самарский государственный медицинский университет г.Самара

Окислительная модификация липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) признана одним из ведущих факторов патогенеза атеросклероза и ИБС. Причем о резистентности ЛПНП к окислению судят по степени накопления липопероксидов и их производных, тогда как проблема окисления белковых компонентов ЛПНП остается мало исследованной.

Цель работы: изучить изменение содержания белковых SH-групп ЛПНП в процессе их окисления *in vitro* как показатель модифицированности липопротеинов у больных постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы: ЛПНП выделяли из сыворотки крови путем осаждения забуференным гепарином и диализировали. Белковые SH-группы определяли биохимическим методом и выражали в мкМ/г белка липопротеинов. Окисление липопротеинов проводили в модифицированной среде Фентона. В сыворотке крови определяли также интенсивность реакций свободно-радикального окисления (СРО) и выработку радикалов O_2 активированными лейкоцитами. Больные постинфарктным кардиосклерозом (возраст $50,5 \pm 2,5$ года) были разделены на две группы: 1-я 12 человек с высокой толерантностью к физической нагрузке ($110 \pm 5,5$ Вт) и нормальной фракцией выброса левого желудочка ($> 55\%$); 2-я 14 больных с низкой толерантностью к физической нагрузке ($45,5 \pm 1,0$ Вт) и фракцией выброса левого желудочка меньше 40%. Контрольную группу составили 56 практически здоровых людей того же возраста.

Результаты исследования: у больных постинфарктным кардиосклерозом исходное содержание белковых SH-групп в ЛПНП по сравнению с лицами контрольной группы было снижено в 1 группе на 11%, во 2 группе на 18% ($p < 0,05$), что коррелировало с повышенной активностью СРО на 18% и на 59% ($p < 0,01$) соответственно, а также с нарастающей гиперактивностью ПМЯЛ в обеих группах больных. После инкубации ЛПНП с микроколичества-

ми реактива Фентона концентрация белковых SH-групп в липопротеинах уменьшалась у больных 1-й группы на 69% ($p < 0,001$), у пациентов 2-й группы на 125% ($p < 0,001$).

Выводы: 1. У всех больных постинфарктным кардиосклерозом резистентность к окислению белковых структур ЛПНП по сравнению со здоровыми людьми является достоверно сниженной, степень которой возрастает в соответствии с уровнем дисфункции миокарда левого желудочка.

2. Окислительная модификация белков (АПО-белков) ЛПНП может быть связана с воздействием феррил-иона, имеющего значительно более длительный период жизни и высокую кинетическую активность по сравнению с радикалами кислорода.

Давыдов С.И., Бабаева А.Р.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАМ ДЛЯ РАННЕЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Волгоградский Государственный медицинский университет, г. Волгоград

Целью исследования явилась оценка возможности использования метода определения уровня антител (АТ) к гликозаминогликанам (ГАГ) в сыворотке крови для ранней диагностики острого коронарного синдрома (ОКС).

В исследование было включено 92 больных с ОКС: 40 пациентов с нестабильной стенокардией (НС), 20 – с непроникающим инфарктом миокарда (ИМ) и 42 – с проникающим инфарктом миокарда. Группу контроля составили 42 больных с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и 40 лиц без ИБС. Среди больных с ОКС женщины составили 48%, мужчины – 52%, в группе с ХИБС – 42,3% и 57,7%, в группе пациентов без ИБС – 46% и 54% соответственно. Всем больным проводилось стандартное клиническое и инструментальное обследование: общие анализы крови и мочи, коагулограмма, печёночные пробы, активность трансаминаз, креатинфосфокиназы, липидный состав крови, ЭКГ, ЭХОКГ. Для определения уровня АТ к ГАГ использовали твёрдофазовый иммуноферментный метод, результаты учитывали по оптической плотности при поступлении и на 10-е сутки. В качестве антигена использовали коммерческий препарат ГАГ-полисульфат.

В результате исследований было установлено, что уровень АТ к ГАГ-полисульфату в общей группе больных ОКС оказался достоверно выше, чем в группе больных с ХИБС ($t=2,41$; $p < 0,05$) и у пациентов без ИБС ($t=2,43$; $p < 0,05$). Самым высоким этот уровень был у больных с ИМ. У больных с НС уровень антител к ГАГ-полисульфату также достоверно превышал таковой в контрольных группах ($t_1=2,37$; $t_2=2,41$; $p < 0,05$). Частота обнаружения повышенного уровня антител в сравниваемых группах составила: 51,2% у пациентов с НС, 52,2% – с непроникающим ИМ, 54,4% – с проникающим ИМ, тогда как в группе больных с ХИБС нарастание уровня АТ к ГАГ-полисульфату выявлено в 25% и у лиц без ИБС в 16,6% случаев.

Таким образом, впервые установлено, что при различных клинических формах ОКС – нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда нарастает

уровень АТ к ГАГ-полисульфату. Повышенный уровень антител был выявлен у 53,2% больных с ОКС, что говорит о достаточно высокой информативности метода. Полученные результаты свидетельствуют о том, что метод определения уровня АТ к ГАГ может быть использован для ранней лабораторной диагностики острого коронарного синдрома.

*Дзилихова К.М., Хестанова С.Ч., Калоева З.Д., Дзгоева М.Г.,
Леванова Ф.М., Шавлохова А.К., Дзгоева З.Г.*

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КАРДИОПАТИИ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г.Владикавказ

Целью настоящего исследования являлось изучение функционального состояния миокарда у подростков с первичной артериальной гипотензией.

Под наблюдением находилось 70 подростков обоего пола с первичной артериальной гипотензией (АГ) и 30 подростков с нормальными значениями систолического и диастолического артериального давления (АД). Помимо общеклинических, в комплекс клинико-инструментального исследования функционального состояния миокарда входили: кардиоинтервалография (КИГ), электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ). В качестве функциональных проб применялись: гипервентиляционная, клиноортостатическая, велоэргометрия (ВЭМ). У большинства подростков ($P=0,63$) наблюдалось стабильное течение АГ, у 1/3 – лабильное.

ЭКГ-исследование у детей с ПАГ в покое и с применением функциональных проб выявило разнообразные ЭКГ-аномалии. Синусовая аритмия выявлена у 90,2% подростков, причем при стабильной АГ превалировала брадикардия (61,7%), в то время как при лабильном течении АГ брадикардия и тахикардия встречались с одинаковой частотой (33,7% и 30,1% соответственно). В контрольной группе в 65,0% случаев была выявлена умеренно выраженная дыхательная аритмия. Выявляемость экстрасистолической аритмии при АГ составила 14,5%, высокой частотой выявления этого типа аритмий (25,0%) характеризовалась группа подростков с лабильным характером течения заболевания. В контрольной группе экстрасистолическая аритмия выявлена лишь в 3,9%.

Нарушение проводимости при АГ были представлены атриовентрикулярными блокадами (АВБ) 1 степени, внутрижелудочковыми блокадами и синдромами предвозбуждения желудочков (СПВЖ). АВБ 1 степени чаще выявлялась у подростков со стабильным течением АГ (9,3%). При лабильном течении заболевания выявляемость АВБ 1 ст составила 4,1%, в контрольной группе – 1,8%. Группа внутрижелудочковых блокад была представлена неполной блокадой правой ножки пучка Гиса и при АГ встречалась достоверно чаще, чем в контроле (35,2% и 7,7% соответственно; $p<0,01$). СПВЖ достоверно чаще встречались среди пациентов с АГ – 10,7%; в контрольной группе – 3,9 ($p<0,01$). Большая часть СПВЖ была представлена феноменом укороченного интервала Р-Q. У части подростков с АГ был выявлен синдром WPW (10,3% от всех СПВЖ).

В группе детей с АГ выявлялись различные неспецифические изменения фазы реполяризации. Высокий заостренный зубец Т при различных вариантах течения заболевания встречался с одинаковой частотой (при стабильном – 20,1%; при лабильном – 21,6%). Снижение амплитуды зубца Т при АГ отмечено при стабильном течении в 11,3% случаев, при лабильном – 17,2%. Реверсия зубца Т более чем в двух грудных отведениях выявлена у 33,2% подростков с АГ. Чаше изолированных изменений конечной части желудочкового комплекса встречался синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). При стабильном течении АГ СРРЖ выявлялся у 39,8%, при лабильном – у 32,4%. В контрольной группе выявляемость СРРЖ была значительно ниже – 4,7% ($p < 0,01$).

Гипервентиляционная, клиноортостатическая пробы подтвердили функциональное происхождение ЭКГ-аномалий, выявляемых при АГ у подростков.

По данным ЭКГ-исследования у детей с АГ изменения электрической активности сердца встречались достоверно чаще, чем в контроле (в 83,2% и 25,7% случаев). Для детей с АГ более типичны комбинированные нарушения, сочетание нескольких ЭКГ-синдромов; у здоровых детей чаще определялись изолированные изменения. Таким образом, исследование сердечно-сосудистой системы у детей с АГ выявило наличие функциональной кардиопатии, что диктует необходимость внедрение комплекса лечебных и профилактических мероприятий.

Дульский В.А., Алабердин С.В.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИОДА БОДРСТВОВАНИЯ У 41 БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ВОСТОЧНО-СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

Иркутский государственный медицинский университет,

ГОУ Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск, Россия

Выявление опухолевого поражения надпочечных желез многочисленными методами диагностического изображения породило новую проблему – разработку рациональной лечебной тактики. Решение назревшей проблемы невозможно без проведения комплексного функционального обследования данной категории больных, обязательной составляющей которого, мы считаем, должна быть оценка адаптационного потенциала.

Целью исследования явилось изучить адаптационный потенциал у больных с опухолями надпочечных желез, проживающих в условиях Восточной Сибири в период бодрствования.

Материал и методы исследования. В исследование включили 41 больного (17 мужчин и 24 женщины) с опухолями надпочечных желез, выявленных при компьютерной томографии. Средний возраст больных в исследованной группе составил $51,4 \pm 1,64$ лет (от 19 до 67 лет), среди них у женщин $51,4 \pm 1,99$ лет (от 26 до 66 лет), у мужчин $51,4 \pm 2,83$ лет (от 19 до 67 лет). Индекс относительной массы тела в обследованной группе составил $28,8 \pm 0,70$ кг/м² (от 20,2 до 37,2 кг/м²), среди женщин – $29,7 \pm 1,02$ кг/м² (от 20,2 до 37,2 кг/м²), а среди мужчин – $27,6 \pm 0,82$ кг/м² (от 21,5 до 33,6 кг/м²).

В комплексное обследование, включающее флебографию надпочечников с поэтажным забором крови из нижней полой и центральных надпочечниковых вен, изучены гормональные профили в системном кровотоке, электролиты сыворотки крови и мочи входило суточное мониторирование ЭКГ и АД, с использованием аппаратно-программного комплекса «Кардиотехника 4000АД» Ver. 2.48, 9902, 8.77 АОЗТ «Инкарт» (Санкт-Петербург, Россия). Измерения АД днем проводили каждые 15 мин. Всего выполнено измерений 2210, из них успешных – 2020 (91,4%). Адаптационный потенциал оценивали по индексу функциональных изменений (ИФИ) Р.М. Баевского и А.П. Берсеновой (1997).

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием универсального статистического пакета «SPSS» 11.5.0.

Полученные **результаты**. Средний показатель индекса функциональных изменений в обследуемой группе составил $3,1 \pm 0,07$ (от 2,3 до 4,4), что соответствует неудовлетворительной адаптации. Бальная оценка уровней ИФИ представлена в таблице.

Таблица. Распределение больных по уровням ИФИ

ИФИ (баллы)	Встречаемый		Накопленный	
	п	%	п	%
1	6	14,6	6	14,6
2	12	29,3	18	43,9
3	17	41,5	35	85,4
4	6	14,6	41	100

Таким образом, установлено, что в 14,6% случаев нет нарушений адаптационных механизмов. Группа больных с неудовлетворительной адаптацией и ее срывом составила 23 человека (56,1%).

Выводы.

Широкий диапазон колебаний показателей характеризующих адаптационный потенциал больных опухолями надпочечных желез свидетельствует о необходимости индивидуализированного подхода в выборе лечебной тактики.

*Думлер Э.А., Каспаров Э.В., Клеменков С.В., Нор О.В.,
Сифоркина Л.Н.*

ВЛИЯНИЕ КУРСОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПОДВОДНОГО ДУША МАССАЖА НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск

В работе исследовано влияние подводного душа массажа на физическую работоспособность больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) с экстрасистолией.

Обследовано 68 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией. 1 группа – 36 больных ИБС, получавших курс подводного душа массажа и лечебной гимнастики средний возраст 52 ± 2 года. 2 группа – 32 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн и лечебной гимнастики, средний возраст 51 ± 3 года. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β -блокаторами.

Методы исследования: спирометрия. На пороговой физической нагрузке до и после курса лечения определяли мощность пороговой нагрузки, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела, двойное произведение (произведение систолического артериального давления на частоту сердечных сокращений, деленное на 100).

До лечения у больных ИБС 1 и 2 групп достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось (мощность пороговой нагрузки, двойное произведение, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела). Следовательно, до лечения уровень физической работоспособности и коронарного резерва сердца больных ИБС 1 и 2 групп достоверно не различался.

После курса лечения у больных ИБС 1 и 2 группы отмечался существенный тренирующий эффект. При этом показатели физической работоспособности после курса лечения достоверно возрастали (мощность пороговой нагрузки, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела, двойное произведение). Причем у больных ИБС 1 группы изменения показателей физической работоспособности были достоверно большими.

Таким образом, курсовое лечение больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией подводным душем массажем и лечебной гимнастикой оказывает тренирующий эффект, который проявляется повышением уровня физической работоспособности (мощность пороговой нагрузки, двойное произведение, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела) и коронарного резерва сердца в достоверно большей степени, чем при применении подводного душа массажа и лечебной гимнастики.

*Епифанов Д.Е., Кузнецов А.В., Палаткина Т.И., Коротков Д.А.,
Мишенев В.В.*

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Республиканский кардиологический диспансер,
Республика Коми, г. Сыктывкар, Россия

Цель: Изучить эффективность тромболитической терапии и коронарной ангиопластики в лечении острого коронарного синдрома в ранние сроки госпитализации, целесообразность проведения тромболитической терапии больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: С 2001 по 2002 год в приемном отделении республиканского кардиологического диспансера госпитализировано 2220 пациентов с острым коронарным синдромом. После проведения обследования все пациенты распределены на 2 группы. 1 группа – пациенты с развившимся острым инфарктом миокарда, 2 группа – пациенты с нестабильной стенокардией.

Обсуждение: В первую группу вошли 1209 пациентов (634-2001 год, 575-2002 год), из них до 6 часов после начала болевого синдрома госпитализировано 45 %, от 6 часов до суток 25 %, более суток 30 % пациентов. 195 пациентам (16,1 %) с ОИМ, учитывая время от начала болевого синдрома, противопоказания, была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ). Летальность в группе пациентов, которым проводилась ТЛТ, составила 8,2 % (16 случаев), в группе без ТЛТ летальность составила 9,9 % (101 случай). 73 пациентам с ОИМ (14 – 2001 год, 59 – 2002 год) была проведена коронарная ангиопластика по экстренным показаниям. В эту группу вошли пациенты, которым была противопоказана ТЛТ и 6 пациентов после проведения ТЛТ при отсутствии эффекта. После проведения коронарной ангиопластики по экстренным показаниям летальность составила 1,3 % (1случай). При дальнейшем лечении больных было выявлено, что развитие постинфарктной стенокардии в группе пациентов, которым проведена ТЛТ, значительно ниже (7,1 %), чем у пациентов с ОИМ без проведения ТЛТ (40,5 %).

Во вторую группу вошли 910 пациентов, которым после поступления в кардиологический диспансер выставлен диагноз нестабильной стенокардии. В данной группе 3 пациентам была проведена ТЛТ при подозрении на ОИМ. Коронарография по экстренным показаниям выполнена 142 пациентам (15,6 %). После проведения диагностической коронарографии, баллонная коронарная ангиопластика проведена 25 пациентам (2,6%), стентирование коронарных артерий по экстренным показаниям выполнено 32 пациентам (3,5 %). 5 пациентам с нестабильной стенокардией выполнено коронарное шунтирование по срочным показаниям, учитывая отсутствие эффекта от консервативной терапии и невозможность выполнения эндоваскулярного вмешательства. При проведении коронарной ангиопластики и стентирования летальных исходов не было. У 1 пациента с нестабильной стенокардией во время проведения операции коронарного шунтирования развился острый интраоперационный инфаркт миокарда с летальным исходом. Из группы больных с нестабильной стенокардией, получавших консервативное лечение, у 3 пациентов развился ОИМ в более поздние сроки госпитализации.

Выводы: Таким образом, применение ТЛТ и эндоваскулярной пластики коронарных артерий является эффективным методом лечения острого коро-

нарного синдрома в ранние сроки. Резервом в лечении ОКС является более активное применение эндоваскулярных вмешательств и выполнение коронарного шунтирования по экстренным показаниям. Большой проблемой являются временные ограничения для применения ТЛТ, т.к. более 50 % больных госпитализируются позднее 6 часов от начала болевого синдрома, поэтому считаем целесообразным проведение ТЛТ на догоспитальном этапе специализированными бригадами скорой медицинской помощи.

Иванникова О.А., Трубачева И.А., Зяблов Ю.И.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

НИИ кардиологии Томского Научного Центра СО РАМН, г. Томск

Сердечно-сосудистая патология, а в частности артериальная гипертония, занимает одно из первых мест в структуре инвалидизации и смертности трудоспособного населения России. Низкая информированность пациентов о причинах развития заболевания, факторах риска, возможных осложнениях, современных методах лечения, послужили поводом открыть Школу Здоровья и начать обучение.

Целью организации обучения для пациентов в Школах Здоровья послужило создание мотивации к повышению образовательного уровня по информированности и профилактике заболевания.

Материал и методы. Группа в Школе Здоровья состояла из 8-10 пациентов с артериальной гипертонией I-III стадии, продолжительность занятий по 90 минут, цикл состоял из 8 занятий один раз в неделю. Главным условием обучения являлось желание самого пациента посещать данные занятия. Для отбора пациентов для обучения проводилось анкетирование на приеме у врача-кардиолога. Пациенту предлагалось ответить на 15 несложных вопросов, где особенно важными считались удобные дни и время для проведения занятий. После чего формировались примерно однородные группы и по телефону оговаривались время и начало цикла занятий. Занятия проводились по определенным темам, согласно типовой программе, включая: что надо знать о здоровом питании, ожирении, физической активности, курении, стрессе, медикаментозном лечении при артериальной гипертонии. Тема заключительного занятия звучала как "Вопросы и ответы", где обсуждались все непонятные моменты, а также предлагались вопросники для оценки качества обучения и полученных навыков и знаний. Занятия проводились обученными специалистами кардиологами, на занятии всегда работала бригада из врача-лектора и медицинской сестры. Кабинет был табельно оснащен необходимым инвентарем и наглядными пособиями. Каждому обучаемому лично выдавался набор необходимой литературы, а также дневник пациента, где содержалась вся необходимая информация по актуальным вопросам артериальной гипертонии.

Результаты. В ходе обучения при анкетировании на последнем занятии пациенты отмечали явное повышение своих знаний, умений и навыков, возникновение мотивации к дальнейшему более внимательному отношению к

своему здоровью, и были готовы поделиться знаниями с родственниками, знакомыми и коллегами по работе. Самыми интересными занятиями были отмечены: "Что надо знать об артериальной гипертонии", "Здоровое питание при артериальной гипертонии", "Стресс и артериальная гипертония", "Медикаментозное лечение артериальной гипертонии".

Выводы. Таким образом, занятия, проходившие в форме обучения в Школе Здоровья пациентов с артериальной гипертонией, приводят к лучшему пониманию проблемы, формируют мотивацию для проведения немедикаментозных мер по профилактике осложнений и постоянного медикаментозного лечения заболевания, что ведет к улучшению клинического состояния, вниманию к своему здоровью, положительной активной позиции к качеству жизни.

Ильиных А.А., Нагаева Т.А.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

Проблема отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы (ПП ЦНС) является чрезвычайно актуальной в педиатрии. Исследования многих авторов показывают, что у детей с диагностированным в раннем детстве ПП ЦНС, в более старшем возрасте часто возникают нарушения адаптации к условиям внешней среды, проявляющиеся изменением поведенческих реакций, синдромами гиперактивности и астении, нарушениями осанки, школьной дезадаптацией, вегетативно-висцеральными дисфункциями, в том числе различными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС).

Целью настоящего исследования явилось изучение нарушений ССС у детей школьного возраста, являющихся следствием резидуально-органических перинатальных повреждений ЦНС.

Материал и методы. Проведено клинко-инструментальное обследование 186 детей школьного возраста (7 – 15 лет), обратившихся на кардиологический прием в детскую поликлинику с жалобами на кардиалгии. Обследование включало: осмотр педиатра, врачей узких специальностей – невропатолога, окулиста, ортопеда, а также специальные методы инструментального исследования – спондилография, реоэнцефалография (РЭГ), электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца.

Результаты и обсуждение. Анализ преморбидного фона выявил наличие у 22 детей (12%) сочетанных натальных поражений ЦНС, у 16 детей (9%) – поражений шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Особый интерес представляли дети (13%), у которых поражения ЦНС, диагностированные в раннем детстве, отсутствовали, однако зафиксирован высокий риск их формирования (патология беременности и родов). У этой группы пациентов нами обнаружены субклинические признаки перенесенной родовой травмы в виде полного, а чаще неполного синдрома цервикальной недостаточности, обу-

словленного натальной неполноценностью кровообращения в бассейне позвоночных артерий.

В процессе обследования у 48 детей выявлены нарушения осанки – сколиоз, выступающие «крыловидные» лопатки, слабость и легкая гипотония мышц плечевого пояса. Реже встречались амиотрофия мышц плечевого пояса (у 16 детей), кривошея (у 4 детей), диффузная гипотония (у 1 ребенка), «неврогенная» близорукость (у 2 детей). Легкое сужение артерий глазного дна наблюдалось у 15 детей.

Исследование ССС показало, что у 54 детей отмечалась лабильность пульса и артериального давления, наличие функционального шума на верхушке и в 4-м межреберье слева от грудины. Изменения на ЭГК прослеживались у 83% детей в виде синусовой тахи- или брадиаритмии, синдрома ранней реполяризации желудочков, синдрома WPW (у 7% детей), укорочения интервала PQ, нарушений проведения импульсов возбуждения. При УЗИ сердца пролапс митрального клапана (ПМК) I степени выявлен у 45 детей, ПМК II степени – у 4 и ПМК III степени с регургитацией – у 3 детей.

Выводы. Выявленные сердечно-сосудистые нарушения у данного контингента детей, по-видимому, носят функциональный характер и обусловлены кардиодистонией, вегетативной гиперлабильностью створок митрального клапана на фоне общей вегетативной натальнообусловленной несостоятельности. Декомпенсация вегетативного гомеостаза чаще обусловлена психоэмоциональными или физическими перегрузками. Перспективным является разработка системы профилактики сердечно-сосудистых нарушений у детей с отдаленными последствиями ПП ЦНС с обязательной диспансеризацией кардиоревматологом детской поликлиники.

Кильдибекова Р.Н., Резяпова Э.Р., Смирнов А.В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа

Цель работы провести анализ между динамикой показателей вариабельности сердечного ритма на фоне гипотензивной терапии кардиоселективным бета-адреноблокатором без внутренней симпатомиметической активности Метопрололом больных артериальной гипертензией.

Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функции в организме человека, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции активности сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделом нервной системы. (Р.М.Баевский, Г.Г.Иванов и соавт., 2002). Установлено, что повышение симпатических влияний на сердце может играть роль триггера в возникновении фатальных нарушений ритма при АГ. Было показано, что АГ вносит определенные изменения в регулирующие механизмы сердечной деятельности, что находит отражение в показателях ВСР и может быть изучено с помощью математических моделей.

Было обследовано 55 работающих мужчин в возрасте от 20 до 59 лет, страдающих артериальной гипертензией (АГ) I степени – 35 человек (63,64 %), АГ II степени – 20 человек (36,36%). Средний возраст составил 42,3 лет. Критериями исключения являлись: симптоматические АГ, клапанные пороки сердца, эндокринные заболевания, бронхиальная астма, атриовентрикулярные блокады II – III степени, брадикардия (ЧСС меньше 50 уд/мин), недостаточность кровообращения III – IV классов. (NYHA). Контрольную группу составили 20 здоровых мужчин сопоставимых по возрасту. Анализ ВСР проводили при 5-минутной записи ЭКГ на аппарате “Нейрософт”.

При артериальной гипертензии показатели ВСР демонстрируют признаки симпатической активации: снижение временных показателей ВСР по сравнению с международными стандартизированными нормативами. SDNN (стандартное отклонение всех анализируемых RR интервалов) – $131 \pm 4,8$ мс при АГ I степени и $125,1 \pm 4,67$ мс при АГ II степени, SDNN-i (среднее значение стандартных отклонений за 5 минут) – $51,28 \pm 2,59$ мс при АГ I и $45,67 \pm 2,48$ мс при АГ II, SDANN (Стандартное отклонение средних значений интервалов R-R за все 5-минутные фрагменты) – $113,2 \pm 4,33$ мс при АГ I и $111,11 \pm 4,21$ мс при АГ II (различия достоверны при $p < 0,01$). В тоже время показатели, характеризующие тонус парасимпатической нервной системы незначительно отличались от стандартов: RMSSD (среднеквадратичное отклонение межинтервальных различий) – $26,43 \pm 1,31$ мс при АГ I, и $23,61 \pm 1,23$ мс при АГ II (различия достоверны при $p < 0,01$).

Таким образом, при АГ II степени, симпатическое влияние на сердце более выражено, чем при АГ I степени, что будет требовать более длительной коррекции артериального давления. Показатели ВСР могут использоваться для дифференциальной диагностики степени АГ и дифференциальной диагностики АГ и нейроциркуляторной диагностики.

После назначения селективного БАБ Метопролола происходит улучшение показателей ВСР, снижение тонуса симпатической нервной системы, изменение центральной гемодинамики в результате уменьшения ЧСС. Нормализация показателей ВСР при АГ I степени происходит в течении 4 – 6 недель, а при АГ II степени в течении 12 недель. Общий тонус вегетативной нервной системы достоверно повысился и стал соответствовать стандартам (SDNN – $145,5 \pm 5,1$ мс при АГ I, и $141, \pm 5,6$ мс при АГ II). А прекращение приема препаратов сопровождалось уменьшением вариабельности ритма сердца и повышением желудочкового автоматизма, т.е. нарушениями, ассоциированными с риском внезапной смерти.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И ВАРИА-
БЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT И ЗНАЧЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ
ЧСС И ЕЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИ-
АЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа

Цель исследования заключается в расчете пограничных предикторных показателей QT и RR, и значение величины ЧСС и ее вариабельности, как доступные и неинвазивные маркеры предрасположенности к опасным желудочковым аритмиям и внезапной смерти в организованной мужской популяции, больных артериальной гипертензией. Известно, что дисперсия времени желудочкового восстановления (время активации + время реполяризации) может являться основой для механизма re entry и возникновения желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков. В опубликованных исследованиях было показано, что зависимость от ЧСС изменения дисперсии незначительны. В связи с самостоятельным клинико-прогностическим значением величины ЧСС и ее вариабельности, коррекция может затруднить интерпретацию истинного влияния дисперсии QT интервала на прогноз.

Было обследовано 55 работающих мужчин в возрасте от 20 до 55 лет, страдающих артериальной гипертензией I степени. Критериями исключения являлись: симптоматические АГ, клапанные пороки сердца, эндокринные заболевания, бронхиальная астма, атриовентрикулярные блокады II – III степени, брадикардия (ЧСС меньше 50 уд/мин), недостаточность кровообращения III – IV классов. (NYHA). Контрольную группу составили 20 здоровых мужчин сопоставимых по возрасту.

ЭКГ покоя регистрировалась одновременно в 12 стандартных отведениях при скорости записи 50 мм/с. В каждом отведении интервалы QT измерялись в трех последовательных циклах с расчетом средних значений. Анализ ЭКГ проводили "слепо" по отношению остальным данным исследования.

Наши пациенты получали Метопролол в индивидуально подобранной дозировке 50 – 100 мг. Бета-блокаторы являются конкурентными ингибиторами действия катехоламинов на бета-рецепторы миокарда, уменьшая сердечный выброс и ЧСС на 19% ($p < 0,01$). В связи с этим происходит снижение минутного объема на 12,54%, в результате чего происходит снижение систолического артериального давления на 22%, и диастолического артериального давления на 11%.

Достоверное уменьшение длительности интервала QT ЭКГ мы получили для интервала QTmax – $0,44 \pm 0,005$ в группе больных АГ I степени до лечения и $0,41 \pm 0,005$ после лечения; QTmin $0,39 \pm 0,005$ до лечения и $0,39 \pm 0,005$ после лечения; QTc $0,40 \pm 0,005$ до лечения и $0,39 \pm 0,005$ после лечения; DQTc $0,04 \pm 0,002$ до лечения и $0,03 \pm 0,003$ после лечения ($p < 0,01$). Изменение длительности интервала QT в группе здоровых мы не наблюдали.

Интервал QT и учащении ЧСС являются двумя независимыми факторами риска сердечно-сосудистых осложнений при АГ. АГ оказывает непосредственное влияние на величину DQTc, в связи с чем эта величина может использоваться для дифференциальной диагностики АГ I степени и нейроциркуляторной дистонии. Удлинение интервала QT и ЧСС приводит к выражен-

ной электрической нестабильности сердца и как следствие к внезапной смерти. При терапии кардиоселективным бета-блокатором Метопрололом достоверно урежалась ЧСС, особенно в ранние утренние часы, что снижает вероятность раннего утреннего подъема АД, что является благоприятным результатом для уменьшения частоты внезапной смерти. Прекращение приема препаратов приводит к повышению желудочкового автоматизма, т.е. к нарушениям, ассоциирующимся с риском внезапной смерти.

*Кирпичева Г.Н., Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Гаглоева И.В.,
Стремедловская Т.В.*

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Цель. Оценить значение инструментальных методов для верификации диагноза ГКМП.

Методы. Под наблюдением находилось 103 больных с ГКМП, находящихся в клинике факультетской терапии. Для верификации диагноза больным проводилось полное клиническое с использованием современных инструментальных методов обследования.

Результаты исследования показали, что нормальная ЭКГ, встречается менее чем у 1/4 пациентов с бессимптомным течением ГКМП. Наиболее типичные изменения ЭКГ касаются сегмента ST и волны Т на фоне картины выраженной гипертрофии ЛЖ. Гигантский, отрицательный Т в среднегрудных отведениях. С частотой от 20 до 50% на ЭКГ обнаруживают глубокий Q, обычно в отведениях II, III, aVL или V₁-V₄. Такие изменения ЭКГ часто являются причиной гипердиагностики инфаркта миокарда у больных с ГКМП. Почти 20% наблюдаемых нами больных впервые были госпитализированы с диагнозом инфаркта миокарда. Другие, обнаруживаемые при ГКМП изменения на ЭКГ включают: отклонение электрической оси влево, расширение R, свидетельствующее о внутрипредсердной блокаде, укорочение интервала PQ, обычно с нормальной продолжительностью QRS. Нарушения A/V проводимости могут явиться причиной синкопальных состояний. Желудочковые нарушения ритма были у 3/4 пациентов, при суточном мониторинге ЭКГ. При этом в 1/4 случаев выявляется желудочковая тахикардия, рассматриваемая как предвестник внезапной смерти. Мерцательная аритмия встречается у 5-10% больных и приводит к нарастанию симптоматики сердечной недостаточности. Отклонения при ЭФИ обнаружены более чем у 80% больных. Причем желудочковые тахикардии чаще индуцируются у пациентов с выраженной обструкцией пути оттока ЛЖ. У пациентов с ГКМП изменения ЭКГ по частоте распределились следующим образом: гипертрофия миокарда ЛЖ выявлена у 78% больных, выраженная инверсия волны Т у 19%, патологические Q у 10%, желудочковые экстрасистолы у 10%, блокада левой ножки пучка Гиса у 5%, мерцательная аритмия у 2,5% больных.

ЭхоКГ - "Золотой стандарт" в диагностике ГКМП. Двухмерная ЭхоКГ позволяет не только определить локализацию гипертрофии, и ее протяженность, но и рассчитать массу миокарда ЛЖ. Допплер ЭхоКГ дает возможность

оценить степень гемодинамических нарушений, выраженность субаортальной обструкции. В качестве диагностических критериев ГКМП рассматривают: гипертрофию ЛЖ с преимущественным утолщением МЖП при сохраненном или уменьшенном объеме полости; увеличение диаметра левого предсердия; утолщение эндокарда в верхней трети МЖП, в месте контакта с передней створкой митрального клапана; уменьшение амплитуды движений МЖП и гиперкинезия свободной стенки, часто с изменением характера ее движений; локальная гипертрофия верхушки сердца; смещение кпереди и утолщение свободного края передней створки митрального клапана, ее переднесистолическое движение; смещение кпереди и гипертрофию сосочковых мышц; раннее систолическое закрытие створок аортального клапана; увеличение степени прироста диаметра ЛЖ за время изоволюмического расслабления (интервал RTI); показатель отношения суммы прироста толщины МЖП и ее амплитуды к амплитуде задней стенки ЛЖ $((\text{МЖП} + \text{аМЖП})/\text{аЗС})$; увеличение фракции изгнания ЛЖ и начальной скорости выброса; наличие динамического градиента давления в полости левого желудочка; изменение профиля транзитного кровотока, с замедлением скорости потока раннего наполнения; увеличение продолжительности периода изоволюмического расслабления; повышение давления наполнения ЛЖ (давления заклинивания легочных капилляров); у 50-60% больных определяется митральная регургитация.

Таким образом, в распознавании и верификации диагноза ГКМП имеют значение клинические и инструментальные данные, свидетельствующие о немотивированной гипертрофии миокарда с нарушением биоэлектрической активности и морфофункциональными нарушениями.

*Киртичева Г.Н., Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Гаглоева И.В.,
Стремедловская Т.В.*

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Цель. Оценить особенности лечения больных ГКМП.

Материал и методы. Под наблюдением было 103 больных ГКМП. Лечение больных ГКМП проводили по трем направлениям: коррекция диастолической (лузитропной) дисфункции ЛЖ, устранение или уменьшение динамической обструкции оттока ЛЖ, профилактика и лечение аритмий. Для коррекции лузитропной дисфункции миокарда (ЛДМ), снижали темп сердечных сокращений и улучшали диастолическое наполнение ЛЖ, за счет оптимизации расслабления сердечной мышцы. Для этого использовать бета-адреноблокаторы, и блокаторы кальциевых каналов, в первую очередь верапамил. Краеугольным камнем в лечении ЛДМ у больных ГКМП являются бета-адреноблокаторы. Их использование способствовало снижению прироста градиента давления в полости ЛЖ при физических нагрузках, эмоциях. Положительный эффект от применения бета-адреноблокаторов был отмечен как у лиц с обструктивной формой заболевания, так и при отсутствии обструкции пути оттока ЛЖ, что сопровождалось нормализацией диастоличе-

ского наполнения желудочка, приводя к уменьшению одышки и застойных явлений. Увеличение комплайнса (податливости) ЛЖ, обусловленное приемом пропранолола, позволяло рекомендовать этот препарат к применению и у пациентов без клинических проявлений диастолической дисфункции ЛЖ. Наш клинический опыт длительного динамического наблюдения за лечением больных ГКМП позволил сформулировать следующие принципы: бета - адреноблокаторы показаны при наличии динамической обструкции, не требующей хирургической коррекции, при выраженных проявлениях ранней диастолической дискоординации (существенном увеличении прироста диаметра ЛЖ за фазу RTI ($> 30\%$), снижении отношения пиковых скоростей раннего наполнения и предсердной систолы менее 1, сочетающимися с гиперконтрактильностью миокарда: фракция изгнания ЛЖ $> 70\%$, степень укорочения диаметра $> 35\%$, скорость циркулярного укорочения волокон миокарда $> 1,3 \text{ } 1/\text{с}$). Блокаторы кальциевых каналов группы фенилалкиламинов (Верапамил) предпочтительно использовать у больных ГКМП при отсутствии выраженной диастолической дискоординации ($\text{RTI} < 30\%$; $\text{pvE/pvA} > 1$) в сочетании с нормальными или несколько сниженными показателями сократимости ЛЖ, при массивной концентрической гипертрофии.

Известно, что аритмии являются самой частой причиной смерти больных ГКМП в возрасте до 40 лет, следует уделять должное внимание их своевременной диагностике и лечению. Достоинством больших доз обзидана является их противоаритмический эффект, приводящий к предотвращению внезапной смерти больных ГКМП. Наши исследования показали, что большинство бета-адреноблокаторов и верапамил не оказывают существенного влияния на частоту развития желудочковых аритмий при ГКМП. В качестве препаратов выбора рекомендуется использовать Кордарон или неселективный, бета-адреноблокатор с антиаритмическими свойствами - Соталол. Показания к операции у больных с обструктивной ГКМП возникают когда градиент внутрижелудочкового давления превышает 40 мм рт.ст. Клинически это состояние характеризуется появлением у больного стенокардических болей и одышки, при незначительной физической нагрузке или в покое. Таким пациентам хирургическая коррекция обструкции при ГКМП.

Выводы. Таким образом, дифференцированное лечение больных ГКМ зависит от её клинической, физикальной и морфофункциональной характеристики. При её бессимптомных и субклинических формах фармакотерапия направлена на коррекцию диастолической (лузитропной) дисфункции ЛЖ, устранение или уменьшение динамической обструкции оттока ЛЖ, профилактику и лечение аритмий. При клинической манифестации заболевания с появлением у больного стенокардических болей и одышки и градиенте давления более 40 мм рт.ст. показаны кардиохирургические методы лечения.

*Киртичева Г.Н., Симерзин В.В., Кузнецов Г.П.,
Стремедловская Т.В.*

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФИЗИКАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Цель. Определить наиболее информативные клинические и физикальные критерии гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

Материал и методы. За 20-летний период под наблюдением было 103 больных ГКМП. Представлены данные диспансерного наблюдения за больными ГКМП в Самарском областном центре по диагностике и лечению кардиомиопатий. Клиническая картина у больных с ГКМП варьировала от бессимптомных форм, выявляемых только при проведении ЭхоКГ, до тяжелых состояний, приводящих к инвалидизации пациента. В случае бессимптомного течения, одним из первых и наиболее неблагоприятных проявлений заболевания может стать внезапная смерть. Наиболее типичный симптом ГКМП - одышка, встречалась почти у 90% пациентов с клиническими проявлениями. Причиной развития одышки в подавляющем большинстве случаев является не снижение сократительной способности ЛЖ, а нарушение его диастолического наполнения вследствие гипертрофии и вторичного увеличения жесткости, что приводило к повышению левожелудочкового давления наполнения, а также давления в предсердии и легочных венах. Среди других симптомов наиболее часто встречались: синдромная стенокардия (почти у 3/4 больных), быстрая утомляемость, синкопальные состояния, фибрилляция желудочков. Синкопальные состояния, отмечены у 1/3 больных ГКМП, не имели доказанной связи с синдромом обструкции, так как почти 80% ударного объема ЛЖ изгоняется до развития гемодинамически значимой обструкции. К более редким проявлениям мы относили пароксизмальную ночную одышку, застойную сердечную недостаточность и головокружения. Жалобы больных ГКМП: Одышка при ходьбе у 68%, неспецифические боли в области сердца у 29%, сердцебиение у 11%, перебои в работе сердца у 7%, эпизоды потери сознания у 6%, стенокардия у 6%, другие жалобы у 3%.

Изменения при физикальном обследовании были более характерны для лиц с наличием градиента внутрижелудочкового давления. При выраженном градиенте внутрижелудочкового давления обычно присутствует систолическое дрожание, которое очень часто пальпировалось в зоне верхушки или вдоль левого края грудины. Наиболее типичная аускультативная картина сердца встречалась у пациентов с подклапанным мышечным стенозом. 1 тон был обычно нормальный, ему часто предшествовал 4 тон, который совпадал с верхушечным толчком. При наличии выраженного градиента давления могло отмечаться парадоксальное расщепление компонентов 2 тона. Появление 3 тона не являлось столь зловещим прогностическим симптомом, как при клапанном аортальном стенозе. Аускультативная характеристика ГКМП - грубый систолический шум, начинающийся после I тона и лучше выслушиваемый между верхушкой и левым стеральным краем. У пациентов с выраженным субаортальным стенозом шум отражает как турбулентное движение крови в пути оттока ЛЖ, так и митральную регургитацию. Соответственно голосистолический дующий шум на верхушке и в подмышечной ямке возникал благодаря митральной регургитации, а среднесистолический - вдоль ле-

вого края грудины из-за нарушения движения крови по пути оттока. Такие диагностические маневры как ортостатическая проба или проба Вальсальвы позволяла диагностировать подклапанный мышечный стеноз, характеризующийся увеличением интенсивности систолического шума.

Таким образом, клинические проявления и физикальные данные могут позволить у подавляющего большинства пациентов заподозрить и поставить предварительный диагноз гипертрофической кардиомиопатии на раннем этапе развития заболевания, что способствует своевременному началу лечения и улучшению прогноза при данном заболевании. Однако только полное клиническое обследование с использованием современных методов инструментальной диагностики позволяет верифицировать диагноз ГКМП.

Кирпичева Г.Н., Симерзин В.В., Стремедловская Т.В.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Цель исследования. Оценка влияния различных факторов на тяжесть заболевания по критерию качества жизни.

Материал и методы. В исследование были включены 125 больных ГКМП в возрасте от 10 до 65 лет (в среднем $40,9 \pm 1,1$). Преобладали мужчины – 82 человека (65,6 %). У 102 пациентов была диагностирована асимметричная, у 23 – симметричная форма гипертрофии. Обструкция пути оттока была выявлена у 83 больных. Для оценки влияния различных факторов на тяжесть заболевания по критерию качества жизни проведен многофакторный регрессионный анализ.

Результаты. Были получены следующие **результаты**. Выявлена группа наиболее значимых факторов, оказывающих влияние на качество жизни до лечения. Такими факторами оказались хроническая сердечная недостаточность H_0 (критерий Фишера $F = 45,93$) и такие ЭхоКГ параметры, как конечно-систолический размер ЛЖ (КСР ЛЖ) ($F = 13,69$), конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) ($F = 7,67$), толщина задней стенки ЛЖ в систолу (ЗСЛЖс) ($F = 5,52$).

После лечения такими факторами оказались: пол ($F = 25,70$), гипертрофия левого предсердия ($F = 16,29$), отдаленные последствия ($F = 12,17$), наличие мерцательной аритмии ($F = 8,11$) и снижение функциональной активности до второго функционального класса по NYHA ($F = 4,99$).

Были выведены математические модели состояния качества жизни до и после лечения.

$$\text{ИКЖ до лечения} = 5,497690 + 3,185744 * H_0 - 0,110751 * \text{ЗСЛЖс} - 0,121947 * \text{КДР ЛЖ} + 0,131045 * \text{КСР ЛЖ}$$

Где, H_0 равен 1 - нет H_0 ; 2 - есть H_0

$$\text{ИКЖ после лечения} = 1,40529 + 0,61011 * \text{отдаленные последствия}$$

**+1,97829 * пол - 0,72967 * II ФК - 1,48134 * мерцательная аритмия
+ 2,01511 * гипертрофия ЛП**

Где: Отдаленные последствия:

- 1 - летальный исход
- 2 - прогрессирование
- 3 - стабильное течение
- 4 - улучшение

II ФК по НУНА:

- 1 - нет
- 2 - да

Мерцательная аритмия:

- 1 - нет
- 2 - да

Пол:

- 1 - женщина
- 2 - мужчина

Гипертрофия левого предсердия:

- 1 - нет
- 2 - да

Выводы. Таким образом, математические модели зависимости качества жизни пациентов от комплекса клинических, электрофизиологических и морфо-функциональных изменений, полученные при многофакторном регрессионном анализе, имеют прогностическое значение и могут служить основой для индивидуализации и повышения эффективности лечения заболевания.

*Клеменков А.С., Каспаров Э.В., Думлер Э.А., Клеменков С.В.,
Сифоркина Л.Н.*

ВЛИЯНИЕ КУРСОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПОДВОДНОГО ДУША МАССАЖА И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск

В работе исследовано влияние подводного душа массажа в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре на физическую работоспособность больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) с экстрасистолией.

Обследовано 74 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией. 1 группа – 38 больных ИБС, получавших курс подводного душа массажа и физических тренировок на велоэргометре, средний возраст 50±3 года. 2 группа – 36 больных ИБС, получавших курс подводного душа массажа и лечебной гимнастики, средний возраст 52±2 года. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β-блокаторами.

Методы исследования: спiroвелоэргометрия. На пороговой физической нагрузке до и после курса лечения определяли мощность пороговой нагрузки, частоту отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела, двойное произведение (произведение систолического артериального давления на частоту сердечных сокращений, деленное на 100).

До лечения у больных ИБС 1 и 2 групп достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось (мощность пороговой нагрузки, двойное произведение, частота отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела). Следовательно, до лечения уровень физической

работоспособности и коронарного резерва сердца больных ИБС 1 и 2 групп достоверно не различался.

После курса лечения у больных ИБС 1 и 2 группы отмечался выраженный тренирующий эффект. При этом показатели физической работоспособности после курса лечения достоверно возрастали (мощность пороговой нагрузки, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела, двойное произведение). Причем у больных ИБС 1 группы изменения показателей физической работоспособности были достоверно большими.

Таким образом, курсовое лечение у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией подводным душем массажем в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре оказывает достоверно больший тренирующий эффект, который проявляется повышением уровня физической работоспособности (мощность пороговой нагрузки, двойное произведение, частное отдыха, потребление кислорода на 1 кг массы тела) и коронарного резерва сердца в достоверно большей степени, чем при применении подводного душа массажа и лечебной гимнастики.

Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Думлер Э.А., Кубушко И.В.,

Клеменков А.С.

ВЛИЯНИЕ ПОДВОДНОГО ДУША МАССАЖА НА НАРУШЕНИЕ РИТМА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск

В работе исследовано влияние подводного душа массажа на нарушения ритма больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) с экстрасистолией.

Обследовано 68 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией. 1 группа – 36 больных ИБС, получавших курс подводного душа массажа и лечебной гимнастики, средний возраст 52 ± 2 года. 2 группа – 32 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн и лечебной гимнастики, средний возраст 51 ± 3 года. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β -блокаторами.

Методы исследования: амбулаторное мониторирование ЭКГ по Холтеру до и после курса лечения.

При этом определяли:

среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну за 24 часа

среднее число желудочковых аритмий 4а-4б класса по Б.Лауну за 24 часа

среднее число наджелудочковых экстрасистол за 24 часа.

До лечения у больных ИБС со стабильной стенокардией 1 и 2 ФК 1 и 2 групп не отмечалось достоверной разницы в среднем количестве желудочковых и наджелудочковых аритмий различных градаций (по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ).

После курса лечения у больных ИБС 1 группы среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну достоверно уменьшалось на 37,1%, желудочковых аритмий 4а-4б класса по Б.Лауну недостоверно уменьшалось на 9,7%, наджелудочковых экстрасистол достоверно уменьшалось на 34,8%. Во

2 группе больных ИБС после курса лечения среднее число желудочковых и наджелудочковых экстрасистол уменьшалось недостоверно на 3,6-12,9%.

Таким образом, курсовое лечение у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с применением подводного душа массажа оказывает антиаритмическое влияние. При этом среднее число желудочковых и наджелудочковых экстрасистол достоверно уменьшается за сутки на 34,8-37,1% (по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ).

Во 2 группе больных ИБС после курса лечения общими пресными ваннами и лечебной гимнастикой среднее число желудочковых и наджелудочковых экстрасистол уменьшалось недостоверно на 3,6-12,9% (по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ).

Крюков Н.Н., Жестков А.В., Родимова М.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Важной проблемой лечения гипертонической болезни является рациональное использование и повышение эффективности фармакотерапии различными группами лекарственных препаратов. Большое значение имеют данные о фармакоэпидемиологии антигипертензивными препаратами, которые дают возможность выявить региональные особенности в терапии артериальной гипертонии.

В г. Самаре на кафедре внутренних болезней №1 проводилось исследование, **целью** которого был анализ рационального использования и эффективности применения антигипертензивной терапии в СОККД и поликлинике МСЧ №15.

Целью исследования было изучение реальной клинической практики применения антигипертензивных препаратов в ЛПУ г. Самара.

В основу исследования был положен ретроспективный анализ методом случайной выборки, по специально разработанной анкете 339 историй болезней и амбулаторных карт пациентов с гипертонической болезнью. Критерием включения в исследование было проведение антигипертензивной терапии в течение от двух недель до одного месяца с обязательным контрольным промежуточным визитом. Исходным считали артериальное давление, впервые измеренное врачом при обследовании пациента. Достигнутым считалось артериальное давление зафиксированное врачом в медицинской документации на фоне антигипертензивной терапии. Возраст больных варьировал от 33 до 70 лет. Отсутствовали сопутствующие заболевания у 15,4% больных. В остальных случаях они были представлены ИБС -69,2%, сахарным диабетом -10,3%, цереброваскулярной патологией -5,12%.

В результате проведенной антигипертензивной терапии частота применения ингибиторов АПФ в монотерапии гипертонической болезни составила - 57,1%; β - адrenoблокаторов - 35,7%; диуретиков - 7,14%. Эналаприл применялся у 56,4% больных артериальной гипертонией; атенолол - у 28,2%; индапамид - у 15,4% больных. В результате проведенной антигипертензив-

ной терапии целевой уровень систолического артериального давления 130–140 мм. рт. ст. был достигнут у 54,6% больных у остальных больных был получен гипотензивный эффект. Целевое диастолическое артериальное давление 90–95 мм. рт. ст. было достигнуто у 38,5% больных; 95–100 мм. рт. ст. – у 28,2%; более 100 мм. рт. ст. – у 33,3% больных. Проводился анализ средней суточной дозы назначаемых антигипертензивных препаратов (ингибиторов АПФ, диуретиков, β -адреноблокаторов, антагонистов кальция и комбинированных препаратов).

Исследования показали, что реальная практика применения антигипертензивной терапии в регионе существенно отличается от современных научных рекомендаций. Назначение антигипертензивных препаратов не всегда было рациональным. Средние суточные дозы большинства антигипертензивных препаратов были занижены. Препараты первой линии (β -адреноблокаторы и диуретики) используются значительно реже, чем ингибиторы АПФ. Практически не применяются в монотерапии гипертонической болезни блокаторы рецепторов ангиотензина II, комбинированные низкодозовые препараты и комбинированные антигипертензивные средства первой линии.

*Кубушко И.В., Каспаров Э.В., Клеменков С.В., Думлер Э.А.,
Нор О.В.*

ВЛИЯНИЕ ПОДВОДНОГО ДУША МАССАЖА И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА НАРУШЕНИЯ РИТМА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск

В работе исследовано влияние подводного душа массажа в сочетании с физическими тренировками на велоэргометре на нарушения ритма больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) с экстрасистолией.

Обследовано 74 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией. 1 группа – 38 больных ИБС, получавших курс подводного душа массажа и физических тренировок на велоэргометре, средний возраст 50 ± 3 года. 2 группа – 36 больных ИБС, получавших курс подводного душа массажа и лечебной гимнастики, средний возраст 52 ± 2 года. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β -блокаторами.

Методы исследования: до и после курса лечения больным ИБС 1 и 2 групп проводилось амбулаторное мониторирование ЭКГ по Холтеру в течение 24 часов.

При этом определяли:

среднее число желудочковых аритмий 1–3 класса по Б.Лауну за 24 часа

среднее число желудочковых аритмий 4а–4б класса по Б.Лауну за 24 часа

среднее число наджелудочковых экстрасистол за 24 часа.

До лечения у больных ИБС со стабильной стенокардией 1 и 2 ФК 1 и 2 групп не отмечалось достоверной разницы в среднем количестве желудочко-

вых и наджелудочковых аритмий различных градаций (по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ).

После курса лечения у больных ИБС 1 группы среднее число желудочковых аритмий 1-3 класса по Б.Лауну достоверно уменьшалось на 58,2% (во 2 группе – на 37,1%), желудочковых аритмий 4а-4б класса по Б.Лауну на 6,7% (во 2 группе на 9,7%), наджелудочковых экстрасистол на 54,9% (во 2 группе на 34,8%).

Таким образом, курсовое лечение у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с экстрасистолией с применением подводного душа массажа и физических тренировок на велоэргометре оказывает достоверно более выраженное антиаритмическое воздействие. При этом среднее число желудочковых и наджелудочковых экстрасистол достоверно уменьшается за сутки на 54,9-58,2% (по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ). Во 2 группе больных ИБС после курса лечения подводным душем массажем и лечебной гимнастикой среднее число желудочковых и наджелудочковых экстрасистол уменьшалось достоверно на 34,8-37,1%, в меньшей степени, чем в 1 группе пациентов (по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ).

Лебедев П.А., Лукина Н.И., Власова С.П., Кондрашова Е.А.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И РЕАКТИВНОСТЬ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

СамГМУ ИПО, Самара, Россия

Цель: оптимизация диагностики ремоделирования артерий и их реактивности у больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей (ОАНК).

Задачи: изучить исходные параметры пальцевой фотоплетизмограммы, а также в ходе проб с ишемией (эндотелийзависимый стимул) и сублингвальным нитроглицерином (эндотелийнезависимый стимул).

Материалы и методы: обследовано 15 больных мужского пола в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст 56,63 года) со средним индексом массы тела 26,71 с диагнозом - облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Средняя продолжительность заболевания составляла 8,16 лет, при этом ишемия напряжения (ИН) 200 м наблюдалась у 3 больных (20,00 %), 8 больных (53,33 %) имеют ИН 50 - 100м и 4 больных (26,67 %) – с ИН 20-30м. Контрольную группу составили 15 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту и индексу массы тела. Частота курения в обеих группах не отличалась.

Объемные характеристики периферической пульсовой волны (ПВ) регистрировались инфракрасным датчиком с пальца руки. Исследование проводилось в положении лежа на спине после 10 минутного отдыха. Изучены основные характеристики объемной ПВ: процентное соотношение амплитуд прямой волны (A1) и отраженной волны (A2) – индекс отражения (ИО = A2/A1) и время задержки отраженной волны (Ta).

Результаты и обсуждение: в группе больных ИО был выше- $73,58 \pm 1,86$ % против $59,18 \pm 3,78$ % , $p < 0,01$ у здоровых . Время Ta было значительно

меньшим у больных - $123,00 \pm 3,55$ мс по сравнению со здоровыми $182,78 \pm 5,06$ мс, $p < 0,01$, что свидетельствует о снижении эластичности периферических артерий у больных ОАНК.

При проведении ишемической пробы, осуществляемой путем наложения манжеты, в которую нагнеталось давление до полной окклюзии плечевой артерии в течении 5 минут, проводился сравнительный анализ указанных выше величин на первой и второй минутах фазы реактивной гиперемии. В контрольной группе при проведении ишемической пробы на 1 и 2 минутах реактивной гиперемии достоверно уменьшился ИО соответственно на 13,63 % и 12,65% ($p < 0,02$) с увеличением Та на 11,28 % и на 20,48 % ($p < 0,001$). В группе ОАНК указанные параметры не изменялись, что свидетельствует об отсутствии изменений тонуса артерий у больных ОАНК в постишемической фазе. Под действием нитроглицерина динамика ИО и Та в обеих группах не различалась.

Выводы: снижение эластических свойств артерий у больных ОАНК характеризуется временем задержки отраженной волны Та. Увеличение времени отраженной волны, наиболее выраженное на второй минуте фазы реактивной гиперемии, возникает только у здоровых и, очевидно, объясняется вазодилатацией артерий и увеличением их податливости. Учитывая то, что ишемия является фактором, стимулирующим эндотелий к продукции вазодилатирующих агентов, можно констатировать отсутствие вазодилатации и дисфункцию эндотелия у больных ОАНК. В то время как эндотелийнезависимый стимул (действие нитроглицерина) опосредует вазодилатацию и улучшение эластических свойств периферических артерий как у больных ОАНК, так и у здоровых, что подтверждает сохранение чувствительности мышечных элементов артерий к оксиду азота, донатором которого является нитроглицерин, у больных атеросклерозом. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эндотелиальной дисфункции у больных ОАНК.

Лекарева И.В., Бабаева А.Р.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Волгоградский государственный медицинский университет

В основе идиопатического пролапса митрального клапана (ПМК) лежит изменение структурной организации коллагена и накопление гликозаминогликанов (ГАГ) в соединительной ткани клапанного аппарата. Исходя из того, что нарушения метаболизма протеогликанов в тканях отражаются на уровне их полисахаридных компонентов в крови, возникает предположение о возможных изменениях содержания сывороточных ГАГ у лиц с ПМК.

Целью настоящего исследования явилась оценка возможности использования количественного определения сульфатированных ГАГ для лабораторной диагностики дисплазии соединительной ткани у больных с ПМК.

Обследованы 50 пациентов с ПМК и 33 практически здоровых лица. Всем больным проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное об-

следование. При объективном обследовании больных оценивали фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани. С помощью эхокардиографии на аппарате "Aloka - 2000" подтверждали клинический диагноз ПМК. Оценку синдрома гипермобильности суставов (СГС) проводили в баллах на основании критериев Grahame и Jenkins. Наряду с общепринятым лабораторным обследованием проводилось определение сульфатированных ГАГ в сыворотке крови по методу Farndale.

В результате проведенного исследования установлено, что в группе больных с ПМК частота обнаружения СГС составила 64 %, а в контрольной группе 21,2 %. Индекс гипермобильности в сравниваемых группах составил $7,2 \pm 0,4$ балла и $2,4 \pm 0,2$ балла соответственно ($p < 0,05$).

У больных с ПМК уровень сульфатированных ГАГ составил $206,67 \pm 13,8$ мкг/мл, в контрольной группе $72,52 \pm 4,46$ мкг/мл ($t=9,25$, $p<0,001$). При сравнении уровня сывороточных ГАГ у больных ПМК в зависимости от выраженности СГС оказалось, что в группе пациентов, у которых определен высокий индекс гипермобильности (7-9 баллов) исследуемый показатель составил $217,6 \pm 8,31$ мкг/мл и превышал таковой в группе пациентов с низким индексом гипермобильности (до 4 баллов) $192,42 \pm 5,27$ мкг/мл. Взаимосвязь между индексом гипермобильности и уровнем сульфатированных ГАГ у больных ПМК, сочетающимся с СГС, была подтверждена с помощью корреляционного анализа. Было выявлена высокая степень корреляции между количественным содержанием сульфатированных ГАГ и индексом гипермобильности ($r = 0,952$). На основании полученных результатов определения содержания сульфатированных ГАГ в сыворотке крови у лиц контрольной группы были установлены границы нормальных значений. Исходя из этого, расценивали процент положительных проб в сравниваемых группах больных ПМК и в контрольной группе. В группе больных ПМК повышенный уровень сульфатированных ГАГ был выявлен в 64%, а в контрольной группе в 15,1% случаев.

Таким образом, у больных ПМК наряду с более частым обнаружением гипермобильного синдрома выявлено достоверное повышение уровня сульфатированных ГАГ в крови по сравнению с контрольной группой. Установлена зависимость количественного содержания сульфатированных ГАГ от выраженности гипермобильного синдрома, оцененного с помощью индекса гипермобильности. В заключении следует отметить, что определение сульфатированных ГАГ в сыворотке крови больных ПМК, может рассматриваться как критерий лабораторной диагностики дисплазии соединительной ткани у больных с ПМК.

*Мифтяхова Р.И., Ускова А.Н., Симерзин В.В., Хакимова Д.М.,
Гаглыева И.В., Иванов В.С., Тухбатова А.А.*

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

Цель: Повысить эффективность реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда путём оптимизации фармакотерапии и вторичной профилактики в условиях поликлинического отделения (ПО) самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД).

Материал и методы. На базе ПО СОККД за более, чем 25-летний период отработана методика вторичной профилактики (secondary prevention) больных, перенесших инфаркт миокарда. Она включала мероприятия по устранению факторов риска: изменение образа жизни, при ожирении гипокалорийная диета, прекращение курения, назначение физических тренировок. Все пациенты трудоспособного возраста и «сохранные» пациенты, более старших возрастных групп, перенесшие инфаркт миокарда после стационарного этапа переводились на санаторный этап реабилитации в санаторий имени В.П. Чкалова. В последующем часть из них находилась на диспансерном учете и наблюдении в ПО СОККД (основная группа), а часть проходила реабилитацию в условиях поликлиник города по месту жительства (контрольная группа). В условиях ПО проводилось диспансерное наблюдение с клиническим, лабораторным и инструментальным обследованием. Определялись толерантность к физической нагрузке (велозергметрическая проба, ЧПЭКС), насосная функция миокарда (ЭхоКГ) и аритмогенный потенциал (ЧПЭКС). Всем пациентами наряду с общеклиническим обследованием оценивались факторы риска ИБС, эквивалентные с ней и симультанные заболевания, кумулятивная степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений и гипотетическая эффективность лечения. Исходя из этого, проводилась риск-стратификация больных с формированием однородных групп (низкого, умеренного, высокого и очень высокого риска). Это позволяло проводить в этих группах дифференцированную и более целенаправленную фармакотерапию, вторичную профилактику и отбор пациентов для интервенционных вмешательств по поводу резидуального стеноза. Всем пациентам, проводилась физическая реабилитация, назначалась ацетилсалициловая кислота. Применялись статины с учетом липидемического профиля до достижения целевого уровня ХС ЛПН 2,6 ммоль/л. При бессимптомной (ФВ 35-40%) и манифестной хронической сердечной недостаточности ингибиторы АПФ, при артериальной гипертензии антигипертензивные средства до достижения индивидуальных значений целевых уровней.

Результаты исследования показали, что динамическое диспансерное наблюдение в ПО СОККД позволило более адекватно контролировать клиническое состояние пациентов, показатели качества жизни, параметры гемодинамики, процесс ремоделирования, состояние коронарного кровообращения (толерантность к физической нагрузке) и аритмогенный потенциал. С учетом изучаемых показателей разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации, методика индивидуальной коррекция нарушенных изучаемых параметров и вторичной профилактики. При медикаментозно неконтролиру-

емой коронарной недостаточности пациенты направлялись в кардиологическое отделение СОККД для проведения интервенционных вмешательств (коронароангиографии) и решения вопроса о методах реваскуляризации миокарда.

Выводы. Результаты исследования показали, что методика динамического наблюдения больных, перенесших инфаркт миокарда в условиях поликлинического отделения СОККД способствовала более раннему выявлению клинических, гемодинамических, метаболических нарушений и контролю процесса ремоделирования. Это позволило проводить более адекватную фармакотерапию по коррекции этих нарушений, вторичную профилактику, улучшить клиническое течение ИБС, снизить частоту и тяжесть рецидивов заболевания и его осложнений, улучшить прогноз и продолжительность жизни пациентов.

Мухамеджанова Л.Р.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ПОРТРЕТ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОТЯГОЩЕННЫХ ОЧАГАМИ ИНФЕКЦИИ В ПАРОДОНТЕ

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Экспериментальная и клиническая медицина располагают богатым фактическим материалом относительно неспецифических нарушений обмена микроэлементов в организме при различных заболеваниях. Весьма значительно сказывается на состоянии костной ткани (в том числе и пародонта) избыточное накопление или недостаточное поступление некоторых микроэлементов (медь, цинк, стронций), приводящих к серьезным нарушениям в процессах ремоделирования кости.

Известно, что у больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), воспалительные заболевания пародонта протекают особенно неблагоприятно, и, в свою очередь, формирующий очаг инфекции при этом способен негативно влиять на течение ИБС.

Целью настоящего исследования явилось изучение микроэлементного портрета костной ткани пародонта у больных ИБС.

Под наблюдением находились 62 пациента с ИБС, проходивших курс пародонтологического лечения в стоматологической поликлинике КГМУ. У всех пациентов выявлен генерализованный пародонтит (ГП) средней степени тяжести (диагноз подтвержден рентгенологически). Контрольную группу составили 50 пациентов с ГП, не страдающих ИБС.

Образцы костной ткани получали путем скусывания острых краев лунок зубов в процессе удаления подвижных зубов. Содержание микроэлементов определялось методом атомно- абсорбционной спектрометрии (AAS) на приборе СА 10 МП.

Установлено, что у больных ИБС содержание цинка в костной ткани снижено – $84,40 \pm 3,45$ мкг/г (в контроле – $184,03 \pm 14,48$, $p < 0,01$). Понижение содержания цинка обуславливает интенсивность деструктивных процессов в очаге пародонтальной инфекции. Содержание стронция значительно превышено: $90,55 \pm 4,18$ мкг/г (в контроле – $13,74 \pm 0,78$ мкг/г, $p < 0,001$), что под-

тверждает ассоциацию между избыточным накоплением стронция в кости и присутствием очагов (единичных или множественных) остеопоротических изменений. Избыток стронция вызывает дефекты минерализации. Содержание меди у больных исследуемой группы также достоверно ниже, чем в контроле $14,58 \pm 0,25$ мкг/г ($58,56 \pm 4,18$ мкг/г, $p < 0,01$). При недостаточном содержании меди снижается минеральная плотность кости и усиливается экскреция с мочой пиридинолина – маркера деградации органической матрицы кости.

Таким образом, нарушение обмена микроэлементов у больных ИБС, отягощенных ГП играет существенную роль в метаболизме костной ткани пародонта. Определение содержания микроэлементов в костной ткани должно стать неотъемлемой частью комплекса диагностических мероприятий у данного контингента больных. Полученные **результаты** подтверждают необходимость разработки методов эндэкологической реабилитации больных ИБС с ГП.

Новочадов В.В., Соснин Д.А., Марков Д.Е., Фролов В.И.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОТОКСИКОЗЕ НА ФОНЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский научный центр РАМН и Администрации Волгоградской области

Целью работы явилось изучение роли вегетативного дисбаланса в патогенезе дисметаболической кардиомиопатии, развивающейся при хроническом эндотоксикозе (ЭТ) на модели у крыс.

Эксперименты были проведены с использованием 72 белых крыс обоего пола массой 220-270 г.г. Животные были разделены на контрольную и пять опытных групп: с моделированием хронического ЭТ неоднократным введением тетрахлорметана и микробного липополисахарида на фоне неизменной вегетативной регуляции (1), при введении адреноблокаторов (2), адреномиметиков (3), холиноблокаторов (4) и холиномиметиков (5). Выведение из эксперимента проводили передозировкой нембутала спустя 30, 60 и 90 суток после начала эксперимента. Биохимическое исследование включало в себя определение в гомогенатах сердца активности ацилазы, триацилглицерол-липазы, фосфолипазы A_2 , лецитин:холестерол-ацилтрансферазы (ЛХАТ), концентрации малонового диальдегида; морфологическое - изучение серийных срезов миокарда в окрасках гематоксилином и эозином, суданом III, кармином, на РНК и ДНК с компьютерной морфометрией наиболее биологически информативных показателей. Морфометрические и биохимические данные были подвергнуты статистическому и корреляционному анализу.

Как показали **результаты** исследования, хроническому ЭТ было свойственно умеренное понижение активности ферментов межклеточного обмена белков и липидов (в 1,8-2,6 раза), а также умеренно повышенная активность тканевых липаз и свободнорадикального окисления липидов (в 1,6 - 3,4 раза). Морфологические изменения в миокарде характеризовались относительным уменьшением количества кардиомиоцитов и васкуляризации мио-

карда, что соответствовало представлениям о токсической (дисметаболической) кардиомиопатии. Общее содержание соединительной ткани в миокарде, в противовес этому, было повышенным и находилось в прямой взаимосвязи с уменьшением депо гликогена, содержания ДНК и РНК в кардиомиоцитах, а также увеличением объемной доли липидных капель. Наиболее яркими морфометрическими признаками процесса являлось уменьшение объемной доли кардиомиоцитов, их ядер, размеров и формы ядер, увеличение объемной доли соединительной ткани, снижение тканевых градиентов гликогена и РНК. В окраске по Ниссля хорошо выявлялись выраженные изменения в ганглионарном аппарате сердца, причем большее количество нейронов в состоянии дистрофии и атрофии выявлялось в функционально нагруженных ганглиях периаортальной области. В скоплениях ганглионарных клеток выявлялись истинные явления нейронофагии и сателлитоз. На этом фоне часть нейронов была гиперхромна с большим количеством хорошо прокрашенных отростков, что свидетельствовало об их функциональной активности.

Наиболее выраженное вторичное повреждение миокарда при хроническом ЭТ выявлялось при преобладании активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (группы с применением адреномиметиков и холинолитиков). Холиномиметики в меньшей степени, но также увеличивали выраженность дисметаболической кардиомиопатии. Лишь в группе с применением адреноблокаторов метаболические нарушения и морфологические проявления повреждения сердца при хроническом ЭТ были относительно небольшими, по сравнению с другими опытными группами.

Полученные данные развивают применительно к хроническому процессу концепцию вегетативного дисбаланса как одного из ведущих звеньев пато- и морфогенеза повреждений сердечной мышцы при эндотоксикозе.

Округин С.А., Зяблов Ю.И.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ВОСЕМНАДЦАТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА

Отделение амбулаторной и профилактической кардиологии НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия.

Цель исследования: определить показатели и проследить тенденции в уровне общей (ОЛ), госпитальной (ГЛ) и догоспитальной (ДЛ) летальности больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в городе Томске за период с 1984 по 2001 гг.

Материал и методы: в основу исследования положены данные эпидемиологической программы ВОЗ «регистр острого инфаркта миокарда» действующей в городе с 1984 года. Эпидемиология ОИМ изучается среди постоянного населения в возрасте старше 20 лет. За анализируемый период зарегистрировано 16560 случаев ОИМ. В остром периоде погиб 6021 (36,4 %) больной, в т.ч. на догоспитальном этапе – 4009 (66,6 %) и в стационарах – 2012 (33,4 %) человек.

Результаты: Уровень ОЛ за 18 лет достоверно не изменился как в целом (35,5 – 36,8 %), так среди мужчин (35,3 – 36,4 %) и среди женщин (35,8 – 37,4 %). Не выявлено существенной динамики данного показателя в отдель-

но взятых возрастно-половых группах. Уровень ГЛ несколько сократился с 14,1 до 11,9 % (среди мужчин с 11,3 до 9,1 %, среди женщин с 18,4 до 16 %). В течение всего срока исследования стационарная летальность была статистически достоверно выше среди женщин и среди больных старше 60 лет. В динамике отмечено достоверное снижение ГЛ в возрастной группе 40-49 лет (с 9,8 до 4,7 %, $P < 0,05$) и 50-59 лет (с 9,7 до 4,1 %, $P < 0,05$) как за счет мужчин, так и женщин. С первого года исследования показатель ГЛ имел стойкую тенденцию к снижению, которая прослеживалась до 1993 года (9,4 %, $P < 0,05$), однако затем ГЛ постоянно возрастала, почти достигнув исходного уровня. Это связано с ее ростом среди больных старше 60 лет в целом (1993 г. – 12,9 %, 2001 г. – 16,2 %, $P < 0,05$). Показатель ДЛ за 18 лет практически не изменился – 1984 г. – 21,4 %, 2001 г. – 24,8 % (среди мужчин – 24 – 27,4 %, среди женщин – 17,4 – 21,1 %. Не отмечено статистически достоверных изменений ее уровня в отдельно взятых возрастных группах. В течение всего срока исследования ДЛ была статистически достоверно выше у мужчин и среди больных моложе 60 лет. Достоверный рост ДЛ по сравнению с остальными годами наблюдался в 1992-94 гг., когда ее показатель колебался в пределах 31,3 – 35,1 % ($P < 0,05$). Данный рост произошел за счет мужчин (35,2 – 37,6 %, $P < 0,05$). За анализируемый период среди погибших на догоспитальном этапе стало больше больных умерших от «определенного» ОИМ (с 17,1 до 30,8 %, $P < 0,05$), в том числе от разрыва миокарда (с 3,3 до 13,7 %, $P < 0,05$). Увеличилось, с 9,6 до 32,3 % ($P < 0,001$), число умерших, для которых эпизод ОИМ, закончившийся смертью, был повторным (т.е. развился в течение первых 12 месяцев после предыдущего). Стабильно высоким ежегодно сохранялось число случаев, когда на вскрытии выявлялись постинфарктные рубцы у умерших, не имевших в анамнезе ссылок на, перенесенный ранее, ОИМ (16,4 – 20,3 %).

Выводы: Таким образом, показатели летальности больных ОИМ в Томске за 18 лет существенно не изменились. Увеличение уровня ГЛ во последние годы наблюдения связан с преобладанием в возрастной структуре больных лиц старше 60 лет. Стабильно высокий показатель ДЛ и выявленные, в ходе исследования, данные указывают на необходимость скорейшего восстановления в полном объеме диспансеризации лиц с сердечно-сосудистой патологией и особенно перенесших ОИМ.

*Поляков В.П., Горячев В.В., Панина Л.Ю., Платонова И.П.,
Гришина Л.В.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ФОРМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Самарский государственный медицинский университет,
Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Целью исследования. Изучение эффективности хирургических методов лечения больных с терминальной формой дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы. Несмотря на успехи лекарственной терапии ДКМП в последние годы, особенно при применении ингибиторов АПФ рано или

поздно в жизни больного наступает момент, когда лечение становится малоэффективным и декомпенсация прогрессирует. У больного остается последняя надежда – пересадка донорского сердца или кардиоластика (окутывание сердца широчайшей мышцей спины со стимуляцией ее в такт сердечным сокращениям при помощи специального электрокардиостимулятора). Обе эти операции в нашей стране не получили и в обозримом будущем вряд ли получат широкое применение по ряду причин, и выхода их тупика казалось бы, нет.

Однако исследования последних лет вселили надежду на возможность оказания действенной помощи и этой категории больных. В 1995 году Steven Bolling опубликовал обнадеживающие результаты изолированной пластики митрального клапана у таких пациентов, и в тот же период времени Randas Batista предложил уменьшать у них объем левого желудочка путем иссечения большого участка его боковой стенки в сочетании с протезированием несостоятельного клапана. В соответствии с законом Лапласа такая процедура должна была улучшить сократительную функцию оставшейся части левого желудочка. Клиническая оценка таких операций была неоднозначной, но обнадеживающей. Часть хирургов стала применять менее травматичную объем редуцирующую операцию, предложенную ранее V.Dor для ликвидации постинфарктных аневризм.

С сентября 1997 по апрель 2000 года впервые в России в Самарском кардиохирургическом центре оперировано 15 больных в возрасте от 24 до 63 лет с идиопатической (5) и ишемической (10) кардиомиопатией.

Все больные, находились в III-IV функциональном классе по NYHA. Кардиоторакальный индекс у всех превышал 60%. Диастолический объем левого желудочка по эхокардиографической оценке составлял $288,6 \pm 96,7$ мл, достигая 560 мл, диастолический поперечный размер – $75,2 \pm 11,1$ мм, достигая 93 мм. Фракция изгнания левого желудочка – $27,2 \pm 5,1\%$. Конечно-диастолическое давление в левом желудочке было от 13 до 25 мм рт.ст., давление в легочной артерии – от 15 до 62 мм рт.ст. Поражение коронарного русла (от 1 до 3 артерий) отмечено у всех больных с ишемической кардиомиопатией, страдающих тяжелой стенокардией, недостаточность митрального клапана II-III ст. диагностирована у всех пациентов, а у 5 она сочеталась с недостаточностью трехстворчатого клапана. Мерцательной аритмией страдали 4 человека.

Больным выполнено три вида оперативных вмешательств: операция Батисты (1), изолированная митральная или митрально трикуспидальная пластика (4) и операция Дора в сочетании с аннулопластикой, а при необходимости – и с аорто-коронарным шунтированием (10 человек).

После операции погибло 2 больных (от сердечной недостаточности и нарушений ритма). У остальных отмечено улучшение с переходом двух в III и 11 пациентов во II ФК NYHA. Уменьшились размеры сердца, фракция изгнания левого желудочка возросла в среднем до 40%.

Таким образом, первый опыт хирургического лечения терминальной стадии ДКМП можно считать вполне обнадеживающим.

*Поляков В.П., Хохлунов С.М., Мифтяхова Р.И., Симерзин В.В.,
Сальченко В.А., Гаглоева И.В., Тухбатова А.А., Иванов В.С.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

Цель исследования: Оценить эффективность плазмафереза (ПФ) в комплексе лечения больных с стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса (ССН), перенесших ранее операцию аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы: Под наблюдением находилось 54 больных стенокардией напряжения II и III функционального класса, перенесших операцию АКШ. Из них до операции у 25 пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда, у 24 больных выявлена гипертоническая болезнь. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование. Изучались клинические, лабораторные, биохимические (содержание общего холестерина, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ, фибриногена и др.) и инструментальные данные (толерантность к физической нагрузке, мониторирование ЭКГ по Holter, стресс-ЭхоКГ). Оценивались показатели качества жизни по опросникам: SF-36, Миннесотскому, Сителскому, Р.А. Либис, Я.И. Коц и Индекс качества жизни. Всех пациентов методом рандомизации распределили на две группы. Больным первой контрольной группы проводилась традиционная дифференцированная фармакотерапия (аспирин, нитраты, бета-адреноблокаторы и при их непереносимости или при наличии противопоказаний к ним назначались антагонисты кальция). Пациентам второй (основной) группы дополнительно назначались сеансы неселективного плазмафереза. ПФ проводили с использованием мембранных плазматрифильтров ПФМ 800, гравитационный плазмаферез на аппарате ПФ 05-04 непрерывно-поточным методом. Курс составил от 3 до 5 сеансов с интервалами 1-2 дня, за курс удаляли до 2500 мл плазмы.

Результаты. У всех больных основной группы по сравнению с контрольной на фоне базовой антиангинальной фармакотерапии и дополнительно проводимых сеансов плазмафереза отмечалось более раннее минимизация клинически данных. Это выражалось в уменьшении частоты, интенсивности и тяжести ангинозных приступов и/или их эквивалентов, количества принимаемых таблеток нитроглицерина и других антиангинальных средств. В более ранние сроки стабилизировалось клиническое состояние, урежались и исчезали боли в сердце. Общий уровень холестерина снизился с 6,7 до 4,4 ммоль/л (на 35%), ХС ЛПНП с 4,2 до 2,6 ммоль/л (на 38%) и достиг целевого уровня, триглицеридов с 3,9 до 3,1 ммоль/л (на 20%) и коэффициент атерогенности снизился с 6 до 3,5 (на 42%). Улучшились гемостазиологические нарушения и реологические свойства крови. При суточном мониторировании ЭКГ по Holter уменьшилась частота и суммарная продолжительность манифестных и бессимптомных эпизодов ишемии миокарда за сутки с 28±1,9 мин до 20±1,4 мин ($P<0,001$). При проведении велоэргометрических проб увеличилась толерантность к физической нагрузке с 430±2,1 кг/мин до 547±2,5 кг/мин ($P<0,001$). Это позволило добиться не только уменьшения, устране-

ния и контроля симптоматики, но и достижения «целевого уровня» ХС ЛПНП 100 мг/дл (2,6 ммоль/л) у большинства больных. Осложнений во время проведения процедур ПФ не было.

Выводы. Таким образом, у пациентов с рекуррентной стенокардией напряжения II и III функционального класса, перенесших ранее АКШ повторные сеансы плазмафереза, при отсутствии противопоказаний способствовали более раннему по сравнению с контрольной группой улучшению и стабилизации клинического состояния. При этом в более ранние сроки отмечалось урежение частоты и тяжести ангинозных приступов, и контроль симптоматики заболевания и купирование его обострения, оптимизации липидемических, гемостазиологических нарушений, увеличение толерантности к физическим нагрузкам и снижению суммарной продолжительности депрессии сегмента ST. Сеансы ПФ оказались не только эффективными, но и безопасными.

*Руденко В.Г., Багманова З.А., Закирова А.Н., Файзуллин Р.Н.,
Валеев И.Г.*

ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ИНДЕКСА МОЩНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканский кардиологический диспансер г. Уфа, Россия.

У больных с постоянной формой мерцания предсердий чаще, чем при пароксизмальной форме, помимо морфологических изменений, свойственных проявлению основного заболевания, часто выявляется расширение левого предсердия (ЛП) и левого желудочка (ЛЖ).

Целью работы - сравнение морфометрических и гемодинамических параметров у больных хронической и пароксизмальной формой мерцательной аритмии.

Материал и методы. Обследованы 21 больной хронической мерцательной аритмией с частотой сокращения желудочков 52-100 в мин. (1 группа) и 27 больных с пароксизмальной мерцательной аритмией (2 группа) различной этиологии (ИБС, гипертоническая болезнь, миокардитический кардиосклероз). Группы по возрасту, полу не различались. Методом эхокардиографии в М-, В – режимах оценивались диаметр левого предсердия (ДЛП), индекс конечного диастолического объема левого желудочка (ИКДО ЛЖ), ударный индекс (УИ), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, относительная толщина стенок ЛЖ (ОТСЛЖ), индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ, частота сокращения желудочков (ЧСЖ). Рассчитывались сердечный индекс (СИ), среднее динамическое артериальное давление (САД) по общепринятой формуле Хикема, индекс мощности левого желудочка (ИМЛЖ) в Вт/м² по формуле $ИМЛЖ = 0,0022 \times САД \times СИ$.

Результаты. Показатели САД (106.5 ± 3.3 мм рт.ст. и 100 ± 2.4 мм рт.ст. в 1-й и 2-й группах соответственно), ОТСЛЖ (0.43 ± 0.02 и 0.40 ± 0.01), УИ (32.5 ± 1.44 мл/м² и 35.7 ± 1.78 мл/м²) между группами достоверно не разли-

чались. Были выявлены различия по ФВ (0.59 ± 0.017 и 0.65 ± 0.01 , $p < 0.01$), ИКДО ЛЖ (62.2 ± 2.9 мл/м² и 53.4 ± 2.7 мл/м², $p < 0.05$), ИММЛЖ (120 ± 6.5 г/м² и 94.4 ± 6 г/м², $p < 0.01$), ЧСЖ (79.4 ± 3.85 мин⁻¹ и 64.3 ± 2.1 мин⁻¹, $p < 0.01$), СИ (2.85 ± 0.17 мл-мин/м² и 2.29 ± 0.13 мл-мин/м², $p < 0.05$), ДЛП (4.49 ± 0.09 см и 4.05 ± 0.08 см, $p < 0.001$), ИМЛЖ (0.67 ± 0.05 Вт/м² и 0.5 ± 0.03 Вт/м², $p < 0.01$).

Выявлена достоверная корреляционная связь между ЧСЖ и ИМЛЖ ($p < 0.05$), САД и ИМЛЖ ($p < 0.01$), КДО и ИМЛЖ ($p < 0.01$) в обеих группах. У больных с пароксизмами мерцания предсердий на сохранном синусовом ритме наблюдалась достоверная корреляция между ИММЛЖ и ИМЛЖ ($p < 0.01$), УИ и ИМЛЖ ($p < 0.001$). Интересно отметить, что в обеих группах отмечалась недостоверная отрицательная корреляционная связь между ФВ ЛЖ и ИМЛЖ.

Обсуждение. У больных с хронической МА выявлены более низкие значения ФВ ЛЖ. Однако УИ между группами не различался, а СИ у больных с хронической МА был больше. Объем полости ЛЖ в диастолу при хронической МА так же увеличен, что косвенно может служить признаком увеличенного наполнения ЛЖ. При этом и размеры ЛП на фоне хронической МА больше. Более высокие значения СИ у больных с хронической МА отражают больший объем работы, выполняемый левым желудочком. При этом наблюдается тенденция в дифференциации вклада различных составляющих СИ: у больных хронической МА более значимую роль играет увеличение ЧСЖ, у больных с пароксизмальной МА – ударный объем.

Выводы. 1. У больных с хронической мерцательной аритмией по сравнению с пароксизмальной формой имеется достоверное увеличение не только размеров ЛП, но и размеров ЛЖ.

2. У больных с хронической МА увеличение работы ЛЖ происходит за счет увеличения ЧСЖ и снижения вклада компенсаторных механизмов объемзависимого увеличения УО.

Савельева Г.Г., Павлова Т.В., Гвоздовская Т.Н.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПОМОЩЬЮ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Самарский государственный медицинский университет,
ООО «СаВай» Амбулатория, г. Самара, Россия

Блезни системы кровообращения широко распространены среди населения. В последние годы в России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается, при этом наиболее значительный рост смертности отмечен в самых активных возрастных группах: 20-59 лет. Вышесказанное убедительно свидетельствует об актуальности своевременной диагностики, адекватного лечения и контроля за развитием заболевания с помощью суточного мониторирования артериального давления (СМАД), что значительно повышает объективность оценки результатов лечения и соответствует принципам доказательной медицины.

Цель нашего исследования – оценить эффективность лечения артериальной гипертонии препаратами разных фармакологических групп с помощью СМАД.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 больных в возрасте от 45 до 59 лет, у которых была диагностирована артериальная гипертония второй степени. Лечение начинали с устранения модифицируемых факторов риска и назначения постоянной гипотензивной терапии. Монотерапия была назначена 21 пациенту (первая группа): 7 пациентов получали β -адреноблокаторы (эгилок), 7 – ингибитор АПФ (престариум), 7 – антагонисты кальция (лаципил); 14 пациентам (вторая группа) была назначена терапия комбинированным гипотензивным препаратом (тарка), состоящим из ингибитора АПФ и антагониста кальция. Выбор препарата был обусловлен видом артериальной гипертонии, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений. Всем больным перед началом лечения и через один месяц после начала медикаментозной терапии проводилось СМАД прибором МнСДП-2. Исследование проводилось на базе частной амбулатории ООО «СаВай».

Результаты и обсуждение. По данным СМАД, проведенного до начала лечения, у всех больных, находящихся под наблюдением, были повышены следующие показатели: средние значения систолического и диастолического артериального давления (АД) в дневные часы (154 и 94 мм.рт.ст. соответственно) и ночные часы (126 и 84 мм.рт.ст. соответственно), индекс времени в течение суток (74% для систолического и 58% для диастолического АД). Из обследованных больных 17 относились к группе дипперов, 11 – к группе нондипперов, 5 – к группе гипердипперов, 2 – к группе найтпикеров. Таким образом, у 18 пациентов (51%) суточный профиль АД был нарушен.

СМАД, проведенное через месяц после начала гипотензивной терапии, показало следующее. У больных первой группы, получавших монотерапию, лучшие **результаты** были отмечены при приеме престариума и лаципила, что выражалось в снижении средних значений систолического и диастолического АД на 17% и 23% соответственно ($p < 0,05$) в течение всего периода наблюдения; индекс времени систолического и диастолического АД составил в течение суток 54% и 37% ($p < 0,05$) соответственно. Прием эгилока изменял показатели СМАД незначительно. Суточный профиль АД при лечении гипертонии одним препаратом не изменялся.

На фоне комбинированной терапии (тарка) отмечалась следующая динамика изучаемых показателей: средний уровень систолического и диастолического АД снизился на 26% и 31% соответственно в течение всего периода наблюдения ($p < 0,05$); индекс времени систолического и диастолического АД составил в течение суток 42% и 34% соответственно. У 28% больных второй группы нормализовался суточный профиль АД.

Таким образом, СМАД является методом, позволяющим объективно оценивать **результаты** гипотензивной терапии. Терапия комбинированным препаратом более эффективно влияет на показатели артериального давления по сравнению с монотерапией и является предпочтительной при артериальной гипертонии второй степени.

*Сальченко В.А., Гаглоева И.В., Симерзин В.В., Тухбатова А.А.,
Мифтяхова Р.И., Новокишенева И.В., Зотова Е.Н., Тухбатова Г.А.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ В КРОВИ ЛИПОПРОТЕИДА (А)

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара

Известно, что липопротеид(а) является одним из патогенных и наиболее агрессивных независимых факторов риска ИБС. Он не отвечает на традиционные методы коррекции дислипидемий. Одним из наиболее эффективных и безальтернативных методов его снижения и нормализации является плазмаферез.

Цель: Оценить эффективность плазмафереза (ПФ) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) II-IV ФК с дислипидемией и повышенным уровнем липопротеида(а) [ЛП(а)] в крови.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 58 больных ССН с повышенным содержанием ЛП(а) в крови более 30 мг/дл. Пациентам проводилось полное клиническое обследование. Клиническое состояние оценивалось по клиническим, физикальным, лабораторным биохимическим (липидемический профиль – общий холестерин, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, ЛП(а),) и инструментальным показателям (ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрическая проба, ЧПЭКС, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ). Изучались показатели качества жизни по опросникам: SF-36, Миннесотскому, Сиятлскому, Р.А. Либис, Я.И. Коц и Индекс качества жизни. Всех пациентов методом рандомизации распределили на две группы. Больным 1-й (контрольной) группы (n=28) проводилась традиционная фармакотерапия (аспирин, бета-адреноблокаторы и при их непереносимости антагонисты кальция, нитраты). Пациентам 2-й (основной) группы (n=30) дополнительно назначались сеансы плазмафереза. ПФ проводили с использованием мембранных плазмодифильтров ПФМ 800, гравитационный плазмафрез на аппарате ПФ 05-04 непрерывно-поточным методом. Курс составил от 3 до 5 сеансов с интервалами 1-2 дня.

Результаты. На фоне базовой антиангинальной фармакотерапии и проводимых сеансов плазмафереза у всех больных основной группы по сравнению с контрольной отмечались более выраженные положительные клинические сдвиги. Это выражалось в более раннем уменьшении частоты, интенсивности и тяжести ангинозных приступов, количества принимаемых таблеток нитроглицерина и других антиангинальных средств, стабилизировалось состояние. Это позволило добиться не только уменьшения или устранения клинической симптоматики заболевания, но и её более эффективного контроля. Наряду с клиническими данными улучшились липидемические, гемостазиологические нарушения и реологические свойства крови и отмечена нормализация ЛП(а). При суточном мониторировании ЭКГ по Holter уменьшилась частота и суммарная продолжительность манифестных и бессимптомных эпизодов ишемии миокарда за сутки с 29±2,4 мин до 16±2,7 мин (P<0,001). При проведении велоэргометрических проб увеличилась толе-

рантность к физической нагрузке с 339±5,1 кгм/мин до 526±6,1 кгм/мин ($P<0,001$).

Выводы. Таким образом, у больных стабильной стенокардией напряжения II-IV функциональными классами с наличием дислипидемий и повышенным уровнем липопротеида(а) в крови повторные сеансы плазмафереза на фоне стандартной традиционной фармакотерапии, способствовали положительным сдвигам. Это проявлялось в более раннем, по сравнению с контрольной группой, улучшении и стабилизации клинического состояния, урежении и контроле ангинозных приступов. Наиболее существенным фактором является то обстоятельство, что сеансы плазмафереза хорошо переносились пациентами и является безальтернативным методом по коррекции и нормализации независимого патогенного фактора риска ЛП(а).

*Сальченко В.А., Мифтяхова Р.И., Гаглоева И.В., Иванов В.С.,
Симерзин В.В., Тухбатова А.А., Зотова Е.Н., Тухбатова Г.А.*

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность экстракорпорального плазмафереза (ПФ) в комплексном лечении больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материал и методы: Под наблюдением находилось 45 больных (36 мужчин, 9 женщин). Средний возраст 52 года (от 41 до 59), страдающих нестабильной стенокардией. Всем больным проводилось полное клиническое обследование, изучались необходимые биохимические показатели с оценкой липидемического профиля, липопротеида(а) [ЛП(а)]. Исследовались показатели качества жизни исходно, перед выпиской и через 6, 12 месяцев (SF-36, Сизтлский опросник для стенокардии, тест Спилберга-Ханина, проба Бурдона). Регистрировалась ЭКГ, ЭхоКГ, по показаниям велоэргометрическая проба (ВЭМ), холтеровское мониторирование ЭКГ. Пациенты методом рандомизации распределены в две группы. В первую (контрольную) группу включены больные, получавшие традиционную базовую терапию. Она включала антиангинальные препараты, нитраты, бета-адреноблокаторы, при их непереносимости или наличии противопоказаний антагонисты кальция и др. Во 2-ю основную группу вошли пациенты ($n=23$) которым наряду с базовой фармакотерапией проводили сеансы плазмафереза (ПФ). Курс лечения состоял из 3-5 сеансов ПФ с интервалом 1-2 дня. ПФ непрерывный фильтрационный, гравитационный. За курс удаляли 1-1,3 объема циркулирующей плазмы с замещением кристаллоидами (раствор Рингера, натрия хлорид 0,9%). Показанием к проведению ПФ были низкая эффективность проводимой фармакотерапии, наличие выраженной дислипидемии, признаков гиперкоагуляционного синдрома.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что у всех больных 2-й (основной) группы в более ранние сроки, чем у пациентов 1-й (контрольной) группы наблюдалось улучшение и стабилизация клинического состояния, урежение частоты ангинозных приступов и их эквивалентов, уменьшение их тяжести и продолжительности, количества принимаемых ан-

тиангинальных средств. Это сопровождалось снижением уровня липопротеидов, общего холестерина на 29%, ХС ЛПНП - 32%, триглицеридов - 15%, уменьшение признаков гиперкоагуляционного синдрома. Отмечалась увеличение толерантности пациентов к физической нагрузке по критерию возрастания мощности переносимых нагрузок и увеличения двойного произведения. При холтеровском мониторировании ЭКГ за сутки выявлено достоверное уменьшение суммарной продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST за сутки, частоты и тяжести аритмий (экстрасистолии высоких градаций) по сравнению с пациентами контрольной группы. У 78% больных 2-й группы в более ранние сроки, чем у пациентов 1 группы наблюдалось улучшение и стабилизация клинического состояния. Так уже после первого сеанса ПФ отмечалось существенное улучшение общего самочувствия. Появлялось ощущение физической бодрости, уменьшились явления психического дискомфорта, эмоциональной неустойчивости. Несмотря на то, что ПФ является инвазивным методом лечения отмечена высокая приверженность больных к лечению, что возможно обусловлено хорошей переносимостью процедуры и выраженным положительным клиническим и антиангинальным эффектом. Отмечено существенное улучшение когнитивных функций, личностной и ситуационной тревожности показателей качества жизни за весь период наблюдения. Побочных эффектов не отмечено. Эффект сохранялся до 1 года.

Выводы: Таким образом, повторные курсы плазмафереза способствуют более раннему улучшению и стабилизации состояния пациентов стабильной стенокардией. Они хорошо переносятся и безопасны.

*Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Панина Л.Ю., Платонова И.П.,
Гришина Л.В.*

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Цель. Оценить роль инструментальных методов в верификации диагноза дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

Материал и методы. Под наблюдением было 260 больных ДКМП. Анализ результатов показал, что специфических электрокардиографических симптомов ДКМП не существует. У всех больных выявлены различной выраженности признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ). У наблюдаемых пациентов ДКМП изолированной гипертрофии правого желудочка на ЭКГ не обнаружено. У подавляющего большинства пациентов отмечено недостаточное нарастание амплитуды зубца R в отведениях V_1 - V_3 , что симулировало картину перенесенного инфаркта миокарда. Из нарушений ритма наиболее часто выявлялась мерцательная аритмия у 57 % больных. При мониторировании ЭКГ, в 80% случаев были обнаружены желудочковые экстрасистолы и эпизоды кратковременной, самопроизвольно купирующейся тахикардии. Нагрузочные тесты (велозерометрия, тредмил) самостоятельного диагностического значения не имеют. Они позволяют оценить толерантность к физической нагрузке для определения двигательного режима. Рентгенологически у всех больных ДКМП зарегистрировано увеличение кардиоторакального индекса свыше 55%. Для легочных полей характерна картина венозного

застоя. Признаки легочной артериальной гипертензии встречались у 1/3 пациентов и не достигали существенной выраженности. Сцинтиграфия миокарда с Tl_{201} наиболее приемлема для прогностической оценки возможного оперативного лечения при ишемической КМП, а также дифференциальной диагностики с рубцовыми изменениями в миокарде. Эхокардиография - основной метод диагностики ДКМП. При ее количественном и качественном анализе для ДКМП характерно:

- увеличение диастолического и систолического диаметров желудочков сердца, с дилатацией предсердий;

- уменьшение фракции изгнания, степени укорочения диаметра ЛЖ, скорости циркулярного укорочения миокарда;

- снижение амплитуды движений межжелудочковой перегородки и, в меньшей степени свободной стенки ЛЖ при практически не измененной их толщине;

- отсутствие или значительное снижение систолического утолщения МЖП;

- гипокинезия стенок ЛЖ носит преимущественно диффузный характер;

- уменьшение раскрытия створок митрального клапана вследствие снижения объема трансмитрального кровотока и увеличение расстояния от конца его передней створки до эндокарда МЖП в диастолу;

- наличие тромбов в полостях предсердий, а также участков спонтанного контрастирования, связанных с нарушениями внутрисердечной гемодинамики;

- митральная и трикуспидальная регургитация вследствие дисфункции сосочковых мышц и дилатации фиброзного кольца при отсутствии грубых органических изменений со стороны клапанного аппарата.

По результатам ЭхоКГ пристеночные тромбы в левом желудочке обнаружены у 1/3 больных ДКМП, а при аутопсии в 51%. Частота тромбоза предсердий зависела от их дилатации и наличия мерцательной аритмии. Системные эмболии встречались при мерцательной аритмии, у 33% больных. Рецидивирующие тромбоэмболии в систему легочной артерии были у 5,1 % больных ДКМП. Прогностически они были наиболее опасны.

Выводы. Основным методом диагностики больных ДКМП является метод исключения (*per exclusionem*) по ведущему синдрому кардиомегалии. Для его верификации, оценки стратегии, тактики лечения и прогноза, применяются инструментальные методы с последовательным возрастанием их чувствительности: ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, рентгенологический метод, ЭхоКГ, сцинтиграфия, вентрикулография и эндомиокардиальная биопсия.

*Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Панина Л.Ю., Платонова И.П.,
Гришина Л.В.*

ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДКМП

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Цель. Оценить 20 летний опыт лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы. Под наблюдением было 260 больных ДКМП. Средний возраст составил $43,7 \pm 1,2$ года. Мужчин было 167 человек, (83,9%), женщин 32 (16,1%). Фармакотерапия ХСН при ДКМП включала применение ингибиторов АПФ, в индивидуально подобранной дозе. Опыт показал, что они положительно влияют не только на симптоматику заболевания, но и на продолжительность жизни больных. При склонности к гипотонии препаратом выбора является престариум в дозе 2 мг с её последующим увеличением. При наличии противопоказаний к ингибиторам АПФ или их побочных эффектах применялись ингибиторы рецепторов ангиотензина II - козаар, гизаар, диован. На индивидуальной основе широко использовались диуретики (фуросемид, лазикс), под контролем калия и магния сыворотки крови и верошпирон. Применялись сердечные гликозиды (дигоксин, для постоянного контроля частоты желудочкового ритма, особенно при наличии фибрилляции предсердий). При ХСН рефрактерной к проводимой фармакотерапии и развитии кардиогенного шока назначались инфузии в вену дофамина.

Последнее десятилетие у больных ДКМП использовались бета-адреноблокаторы. Наш опыт показал, что основными показаниями к назначению бета-адреноблокаторов являются: наличие кардиомегалии (кардиоторакальный индекс $> 55\%$); снижение фракции изгнания ЛЖ $< 40\%$; ЧСС > 90 в 1 мин; сердечная недостаточность $N_{IIA}-N_{IIБ}$. Лечение требует постоянного гемодинамического контроля и сопряжено с риском развития кардиогенного шока. Фармакотерапию начинали с $1/8$ суточной дозы бета-адреноблокатора, с последующим увеличением каждые 2 недели до средней терапевтической. Его эффективность оценивалась не ранее чем через 3 месяца и включала обязательное исследование фракции изгнания ЛЖ. История применения В-блокаторов в лечении больных ДКМП включала пропранолол, атенолол, метопролол, бисопролол, карведилол, соталол и некоторые другие препараты. Наилучшие результаты, включая снижение летальности на 65%, были получены при использовании карведилола. Как показал клинический опыт наиболее рациональной является комбинация бета-адреноблокатора и ингибитора АПФ, позволяющая снизить риск смерти в группе больных с ХСН на 20-40%. В последнее время все больше внимания в патогенезе ДКМП уделяется циркулирующим цитокинам. Хотя исследования только выходят за рамки эксперимента, но уже имеются обнадеживающие данные о способности угнетать фактор некроза опухолей препаратами амринон, пимобендан, веснаринон.

При лечении больных ДКМП существенное внимание уделяли коррекции нарушений ритма. Во-первых, аритмии рассматриваются как причина внезапной смерти не менее чем в 50% летальных исходов при ДКМП. Во-вторых, продолжительность жизни больных с сохраненным синусовым рит-

мом на 30-40% больше, чем при наличии мерцательной аритмии. Средствами выбора при желудочковых нарушениях ритма у больных ДКМП являлся кордарон и соталол. У пациентов, принимающих кордарон, уменьшалась потребность в стационарном лечении, частота внезапной аритмической смерти и частота летальных исходов. Абсолютным показанием к его назначению считали симптоматические желудочковые аритмии. Имеются данные об эффективности комбинации кордарона с бета-адреноблокаторами или применения бета-адреноблокатора соталола.

В связи со значительной распространенностью тромбозов и эмболий у больных ДКМП проводилась коррекция тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза. Всем больным ДКМП назначались дезагреганты - ацетилсалициловая кислоты или тиклопидина. Как показали наши исследования, большое преимущество имеет комбинация ацетилсалициловой кислоты с дипиридамолом. При наличии эмболий в анамнезе или тромбов в полостях сердца при ЭхоКГ следует применять непрямые антикоагулянты (фенилин, варфарин) под контролем МНО.

*Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Панина Л.Ю., Платонова И.П.,
Гришина Л.В.*

РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Цель. Разработать алгоритм диагностики и критерии риск-стратификации больных дилатационной кардиомиопатии.

Методы. За период с 1981 до 2004 год в областной центр по диагностике и лечению больных КМП было направлено 920 пациентов с предварительным диагнозом ДКМП. При комплексном клинико-инструментальном исследовании и перманентном наблюдении и в ряде случаев при аутопсии был верифицирован диагноз ДКМП у 360 больных. Средний возраст составил $42,6 \pm 2,7$ года. Мужчин было 313 (86,9%) человек, женщин 47 (13,1%). Городских жителей 302 (83,8%), сельских 58 (16,1%). Доминирующим клиническим проявлением у больных ДКМП была симптоматика «немотивированной» левожелудочковой и бивентрикулярной сердечной дисфункции: одышка у 324 (90,0%) больных, отеки у 182 (50,6%) человек, тяжесть в правом подреберье у 152 (42,2%) больных, слабость у 87 (24,1%) пациента, кашель у 73 (20,3%). У 257 больных (71,4%) отмечались перебои в сердце.

Время от манифестации заболевания до обращения за медицинской помощью «пациент-обусловленная» задержка, в среднем составляло 1,5 года. При обращении за медицинской помощью диагностический период составлял 1,2 года. Пациенты лечились амбулаторно и стационарно «на местах», в ряде случаев по поводу других заболеваний: - различные формы ИБС у 155 больных; - гипертоническая болезнь у 40 пациентов; - ревматические пороки сердца у 25 лиц; - врожденные пороки у 7 больных; - НЦД по кардиальному и смешанному типу у 31 пациента; - синдром WPW у 1 пациента; - и у остальных следующие заболевания: тиреотоксикоз, дистрофия миокарда, железодефицитная анемия, системные заболевания соединительной ткани.

За последние годы, благодаря улучшению осведомленности врачей о КМП, широкому применению инструментальных неинвазивных методов исследования диагноз ДКМП ставится в более ранние сроки развития заболевания. При поступлении в клинику выявлены различные проявления сердечной недостаточности: N_I у 9 (4,5%) лиц, N_{IIA} у 69 (34,6%) больных, N_{IIB} у 117 (58,7%) пациентов и N_{III} у 13 (6,5%) больных. Пациентам при постановке диагноза ДКМП и направлении на МСЭК определены следующие группы инвалидности: 1-я – 2 больным, 2-я – 148 пациентам и 3-я – 2 больным. За истекший срок 143 пациента умерли (71,8%). Наиболее характерным рентгенологическим проявлением ДКМП является кардиомегалия с кардиоторакальным индексом более 55% и признаками легочной венозной гипертензии. На фоне выраженной сердечной недостаточности явлениями хронического интерстициального и альвеолярного отека с выпотом в плевральную полость. На ЭКГ у 112 лиц (56,3%) была мерцательная аритмия, у 31 (15,6%) пациента желудочковая экстрасистолия, у 28 (14,6%) больных блокада ножек пучка Гиса. У всех пациентов выявлены признаки гипертрофии камер сердца: левого желудочка, обоих желудочков с преобладанием левого, предсердий. Смертность по истечении одного года составляет 25%. Пятилетняя смертность составляет 65%. Пациенты пережившие 2-3 летний период имеют хроническое течение с периодами стабилизации состояния. Полного восстановления функции не отмечается.

Многофакторный анализ показал, что из ключевых критериев риск-стратификации больных ДКМП и оценки их прогноза следует выделить следующие: выраженность клинических проявлений ЗСН, стадия сердечной недостаточности, степень кардиомегалии (кардиоторакальный индекс более 55%, КДР 70 более мм), значения фракции выброса (ФВ <25%), выраженность относительной недостаточности клапанного аппарата сердца, наличие мерцательной аритмии, блокад ножек пучка Гиса, явления электрической нестабильности миокарда (сложные нарушения ритма сердца). Пациенты старше 40 лет, особенно имеющие клинические данные в отношении манифестных проявлений ишемии или относящиеся к группе высокого риска развития ИБС наряду со стандартным исследованием должны подвергаться коронарографии для исключения ИБС. Эти критерии позволяют решить вопрос о фармакотерапии и кардиохирургических методах коррекции.

*Соколов Б.В., Мифтяхова Р.И., Зильберман Э.С., Симерзин В.В.,
Хакимова Д.М., Фельдман М.С., Гаглоева И.В.*

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

В последнее десятилетие связи с оптимизацией лечения больных инфарктом миокарда (ИМ) значительно снизилась летальность больных на госпитальном этапе. На этом фоне, смертность больных от разрывов миокарда остается на высоких цифрах.

Цель – разработать предикторы разрыва сердца при ИМ на госпитальном этапе лечения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ и сопоставление клинических и параклинических данных о 90 больных ИМ и результатов аутопсий умерших в сроки до 30 суток от начала развития ангинозного приступа. Из них – у 50 пациентов смерть наступила в результате полного наружного разрыва сердца (1-я группа) и у 40 больных, сопоставимых по основным клиническим параметрам с пациентами первой группы, умерших от других кардиальных причин (2-я группа). Путем многофакторного корреляционного анализа оценивался комплекс анамнестических, клинических, физикальных, лабораторных, инструментальных, морфологических и морфометрических данных в изучаемых группах. Достоверность изменений показателей в двух указанных группах оценивалась с помощью *t* критерия Стьюдента. Статистический анализ параметров проводился с использованием унифицированного пакета программ и компьютерной обработки Statgrafics.

Результаты исследования показали, что у 36 пациентов (40%) разрыв сердца произошел в течение первых 3 суток от начала заболевания, у остальных лиц в более поздние сроки. Факторами риска, которые значительно увеличивали риск развития разрыва сердца и укорачивали период времени от начала инфаркта миокарда, до момента его наступления были: поздняя госпитализация в результате «пациент-обусловленной задержки», повторный инфаркт миокарда, значительный объем некроза миокарда, артериальная гипертензия, пожилой возраст, сахарный диабет и ИБС (у родственников первой линии). Средний возраст больных с разрывом сердца составлял ($74,3 \pm 1,2$) года, у остальных умерших ($69,2 \pm 1,3$) года ($P < 0,05$). Достоверно чаще разрыв сердца возникал у женщин (28 человек), чем у мужчин (12 лиц) ($r = 0,22$; $p < 0,05$).

При анализе данных ЭКГ обращала на себя внимание достоверно более высокая ЧСС у больных 1-й группы (92 ± 12) ударов в 1 мин, по сравнению с лицами 2-й группы (80 ± 10) ударов в 1 мин ($P < 0,02$). В 1-й группе имелось достоверно меньшее число больных с выраженной сердечной недостаточностью Killip (II – III), что подтверждают современные представления о «защитной» роли гибернирующего миокарда. В предразрывный период у 12 больных 1 группы (24%) наблюдались эпизоды повторной ишемии, что проявлялось рецидивированием ангинозных болей, во 2 группе – у 20 больных (50%). Это указывало на положительную роль прерывистой ишемии в развитии синдрома «прекондиционирования», т.е. «предуготовленности» миокарда к его ишемии, которая заключается в резко возросшей его переносимости к ишемии и характеризуется метаболической адаптацией миокарда, снижающей риск возникновения разрыва миокарда. Выявлено, что ранняя тромболитическая терапия у больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q играет ведущую роль в профилактике разрыва миокарда. Позднее введение тромболитиков является фактором риска разрыва сердца.

Заключение: Таким образом, факторами риска разрыва сердца при ИМ являются: большой объем некроза миокарда, артериальная гипертензия, тахикардия, пожилой возраст и принадлежность к женскому полу. Наличие у больных сахарного диабета и ИБС в роду ускоряет наступление разрыва миокарда. Ведущую роль в профилактике развития разрывов сердца при ИМ играют ранняя тромболитическая терапия, развитие острой постишемической дисфункции (эффект “защитной” роли гибернирующего миокарда), феномен “прекондиционирования”, т.е. развитие ишемической метаболической адаптации.

*Соснова Ю.Г., Мифтяхова Р.И., Ускова А.Н., Гаглоева И.В.,
Симерзин В.В., Кожасева М.А.*

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ СТАЦИОНАР ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

Цель: Оценить эффективность диагностики, лечения и мероприятий по вторичной профилактике у больных стабильной стенокардией напряжения (СН), II-III функционального класса при их длительном наблюдении в стационаре дневного пребывания (СДП) Самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД).

Материал и методы. В условиях СДП С ОККД под динамическим наблюдением было 75 больных (60 мужчин и 15 женщин) со СН II-III функционального класса. У всех наблюдаемых больных изучались факторы риска, клинические, метаболические, биохимические гемодинамические нарушения, состояние коронарного кровообращения, насосной функции и аритмогенного потенциала. В соответствии с Фремингемским и Мюнстерским стандартом проводилась суммарная оценка степени риска сердечно-сосудистых осложнений и предполагаемой эффективности лечения. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование с регистрацией ЭКГ в покое, при физической нагрузке на велоэргометре. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Holter, ЧПЭКС и стресс-ЭхоКГ и у пациентов с артериальной гипертензией суточное мониторирование АД.

Исходя из полученных результатов разработаны алгоритм и критерии диагностики, верификации и стратификации риска у больных в условиях стационара дневного пребывания с учетом клинических данных, факторов риска, состояния коронарного кровообращения, насосной функции миокарда и аритмогенного потенциала. По данным изучаемых параметров разработана и внедрена методика их коррекции и дифференцированной фармакотерапии, вторичной профилактики с использованием агрессивных и интервенционных медицинских методов вмешательств. Оценены эффективность дифференцированной фармакотерапии, вторичной профилактики по клиническим данным, критериям качества жизни, гемодинамическим параметрам, состояния коронарного кровообращения, аритмогенного потенциала, метаболических нарушений, целевых уровней липидемического профиля, значений артериального давления и массы тела.

Как показали наши исследования, стационарзамещающая технология у пациентов стенокардией напряжения имеет несомненные преимущества перед круглосуточным пребыванием в стационаре. Прежде всего, у пациента не нарушается медико-социальная адаптация, динамический стереотип, он не оторван от дома, семьи, привычной жизни, физической и эмоциональной обстановки. Он соблюдает обычный двигательный режим и питание. Медикаменты принимает в обычной привычной для него обстановке, что более адекватно. Для многих пациентов госпитализация в стационар с круглосуточным пребыванием приводит к его «изоляции» от обычной жизни, с ограничением его двигательной и физической активности, социальных контак-

тов, чувству отчуждения от внешнего мира, ослаблению семейных и деловых связей, что приводит к дезадаптации. Это необходимо помнить при принятии решения о госпитализации пациентов там, где можно обойтись стационарзамещающей технологией.

Таким образом, стационарзамещающая технология в условиях стационара дневного пребывания самарского областного клинического кардиологического диспансера с использованием врачебного потенциала работников стационара, всего комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования и при необходимости консультаций кардиохирургов показала экономическую эффективность и целесообразность значительные резервы в оптимизации диагностического и лечебного процесса и предпочтительна в высококвалифицированных ЛПУ, диагностических центрах и поликлиниках оснащенных современной диагностической и лечебной аппаратурой и квалифицированными специалистами.

*Сурова А.М., Самолова Р.Г., Тагирова Ф.Н., Салимгареева З.М.,
Фахретдинова Е.Р*

ДИРАТОН В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Башкирский государственный медицинский университет, ИПО, БГМУ;
Поликлиника №17, Уфа

Целью работы явилось определение эффективности препарата Диратон у больных с различными формами гипертонической болезни (ГБ) в амбулаторном лечении.

Нами проведено обследование 68 больных ГБ работоспособного возраста, проходивших амбулаторное лечение в поликлинике №17 г. Уфы, из них 29 мужчин и 39 женщин. Средний возраст больных составил $43,7 \pm 6,3$ года. К моменту обращения 52 больных уже имели стаж болезни, у 16 пациентов ГБ была выявлена впервые. В исследование были включены больные с ГБ 1-П стадии. Всем был назначен Диратон в дозе от 5 до 20 мг в виде монотерапии или в комбинации с другими гипотензивными препаратами (диуретиками, β -блокаторами и антагонистами кальция). Клиническую эффективность оценивали по субъективным ощущениям пациентов, уровню АД и выраженности побочных эффектов. Нами обнаружено, что у 57 больных, среди них 32 женщин и 25 мужчин, улучшилось самочувствие. У 44 пациентов (19 мужчин и 25 женщин) АД снизилось до уровня 140/90 мм рт.ст. и ниже. У 8 женщин и 9 мужчин АД снизилось, но оставалось выше 140/90 мм рт.ст. при этом отмечалось улучшение самочувствия. 4 человека отказались от постоянного приема препарата из-за дороговизны препарата. В нашем исследовании лучший эффект был получен в случае сочетания Диратона с другими препаратами, в частности с гипотиазидом и метопрололом. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата нами не выявлено.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что Диратон оказывает гипотензивный эффект, более выраженный в сочетании с гипотиазидом, хорошо переносится больными и по цене доступен большинству больных ГБ.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I-II СТЕПЕНИ
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ**

Областная клиническая больница.¹

Кировская государственная медицинская академия.² г. Киров, Россия

Одним из ключевых механизмов формирования и становления артериальной гипертензии (АГ) отмечается увеличение симпатического тонуса и снижение парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы (ВНС). Последствия этого дисбаланса могут быть причиной снижения порога возникновения нарушений ритма сердца (НРС). Увеличение риска НРС прямо связано с гипертрофией левого желудочка, наблюдающейся при АГ. Одним из методов оценки состояния ВНС является изучение вариабельности сердечного ритма (ВРС).

Материалы и методы: в течение 16 недель под наблюдением находились 49 чел. (25 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 25 до 63 лет. Пациенты рандомизированы на две группы: n=23 группа лечения, n=26 контрольная группа. Всем пациентам проведено обследование: ХМ-ЭКГ и мониторирование АД (Oxford Великобритания), ЭХО-КС (Acuson 128XP\10с США) и ВЭМ (Astrocard) по показаниям. Препараты предоставлены фирмой «Нижфарм».

Группа 1: плацебо/гидрохлортиазид 25 мг (при не достигнутом целевом уровне АД 130/80 мм.рт.ст.). Группа 2: ингибитор АПФ лизиноприл 5 мг, 10мг, 20мг/гидрохлортиазид 25 мг. Достоверных различий ВРС в группе лечения и контрольной группе не выявлено (ср. возраст гр. лечения 52±6.7л.; в контрольной группе 47±8.5 л.). Пациенты были распределены по возрастным критериям: группа 25-40г., группа 40-55г.

Результаты и обсуждение: у пациентов 40-55г. с исходным значением SDNN 102.4±10.5 на фоне эффективной терапии выявлено достоверное улучшение SDNN до 146.1±17.7 (p<0.005). В группе 25-40 лет достоверных различий SDNN на фоне эффективной терапии не выявлено. Изучена линейная корреляция исходных показателей SDNN с данными эхокардиоскопии. В группе 25-40 лет выявлена корреляционная зависимость значений SDNN и конечно-систолического объема левого желудочка (КСО) (r=0.95; p<0.05).

Корреляция показателей SDNN с данными ЭХО-кардиографии

Группа 25-40 лет	r	p
КСО, ml	0.95	<0.05
ИММЛЖ, г	0.62	0.3
ОТС	0.36	0.6

ИММЛЖ-индекс массы миокарда левого желудочка, ОТС- относительная толщина стенок левого желудочка.

Выводы: Достоверных различий значений SDNN в контрольной группе и группе лечения лизиноприлом не выявлено. При разделении пациентов по

возрастным категориям достоверно снижение SDNN на фоне неэффективной терапии в группе 25-40 лет. В этой же группе выявлена корреляционная зависимость значений SDNN и конечно-систолического объема левого желудочка ($r=0.95$; $p<0.05$).

Татаркина Н. Д., Татаркин А. А.
**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ**

Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток

Цель: охарактеризовать виды артериальной гипертензии у молодых пациентов с синдромом недифференцированной соединительнотканной дисплазии (НСТД).

Материалы и методы. Проведено обследование 489 молодых (18-23 года) пациентов с синдромом НСТД. У 135 из них (27,6%) выявлена артериальная гипертензия (АГ). Систолическое АД – $163,93 \pm 2,57$ мм рт.ст., диастолическое АД – $100,56 \pm 1,48$ мм рт.ст. С целью уточнения характера АГ проведены УЗИ почек и надпочечников, исследования мочи (общий анализ мочи, пробы Реберга, Зимницкого, Нечипоренко) и крови (уровни креатинина, мочевины, холестерина, общего белка). У всех пациентов изучены данные ЭКГ и ЭхоКГ.

Полученные **результаты.** У 19 пациентов из 135 с повышенным АД, по данным УЗИ, выявлены неровные контуры обеих почек, повышенная эхогенность паренхимы, некомпактная чашечно-лоханочная система. Клубочковая фильтрация была снижена в этой группе пациентов до $29,1-47,9$ мл/мин. Гипостенурия отмечена у 8 человек, никтурия – у 12, лейкоцитурия – у 9. В анамнезе у всех 19 человек – частые ангины, ОРВИ, нередко – дизурические явления. Повышение АД отмечалось более 5-6 лет. У двух пациентов с повышенным АД обнаружен стеноз правой почечной артерии (в устье диаметр $0,2$ см). Обращали на себя внимание высокие показатели АД у всех 21 пациента с почечными нарушениями – $180-220/100-120$ мм рт.ст.

У 114 пациентов с АГ изменений мочевыводящей системы не выявлено. Практически все они отмечали наличие гипертонической болезни у одного или обоих родителей. На глазном дне имели место изменения сосудов – гипертоническая ангиопатия. По данным ЭКГ, у 24,5% обнаружены признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. При Эхо-КГ-исследовании отмечено увеличение массы миокарда левого желудочка – $170,96 \pm 3,40$ г (контроль – $140,56 \pm 4,27$, $p<0,001$), толщины задней стенки левого желудочка – $1,00 \pm 0,02$ см (норма – $0,85 \pm 0,01$, $p<0,001$) и межжелудочковой перегородки – $0,97 \pm 0,02$ см (контроль – $0,84 \pm 0,01$, $p<0,001$).

УЗИ надпочечников не выявило отклонений от нормы ни у одного из 135 обследованных.

Обсуждение. Среди молодых пациентов с синдромом НСТД достаточно часто (более, чем у $\frac{1}{4}$) встречаются лица с артериальной гипертензией. Из их числа у 15,5% выявляется почечный генез повышения АД – преимущественно паренхиматозного типа, реже вазоренального характера. У боль-

шинства же имеет место гипертоническая болезнь, сопровождающаяся ремоделированием миокарда левого желудочка. Преимущественно диагностируется I стадия, степень риска 1 и 2.

Выводы. Синдром НСТД является фактором риска развития гипертонической болезни в молодом возрасте.

Толокольников В.А.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА И ЭНДОКАРДА МЫШЕЙ ЗАРАЖЕННЫХ ВИРУСОМ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА

Кафедра патологической анатомии ВолГМУ, Волгоград

Целью работы явилось изучение эндокарда, миокарда и экстрамуральной нервной системы сердца мышей, зараженных вирусом лихорадки Западного Нила (ВЛЗН), и влияния ВЛЗН на патоморфологические изменения этих структур сердца в различные стадии заболевания.

Моделирование лихорадки Западного Нила производилось в лаборатории арбовирусных инфекций института вирусологии им. Д.И. Ивановского на 22-х половозрелых белых мышах. Заражение экспериментальных животных вирусом лихорадки Западного Нила (штамм 986) осуществлено внутрибрюшинно по 0,3 мл.

Животные были разделены на группы: 1 группа – через 3-4 суток инкубационный период, от момента заражения; 2 группа – через 5-6 суток погибли при развитии клинических симптомов (апатии, снижении веса, симптомов интоксикации, снижении двигательной активности, заваливании на бок, отказ от пищи, парализованных задних конечностей); 3 группа – 7-8 сутки, у которых наблюдались клинические симптомы, но летального исхода не наступило; 4 группа – 11-16 суток, не было никаких клинических симптомов. В качестве контроля служили интактные животные. Для микроскопического исследования производилось взятие внутренних органов: головного мозга, легких, сердца, почек, печени, органов иммунной системы и пищеварительного тракта. Микропрепараты серийных фронтальных срезов окрашивали гематоксилином – эозином, по Ван – Гизону, по Лили, серебрением по Кохлю.

В инкубационный период заболевания (3-4 суток), во всех отделах миокарда, а также эндокарда обнаружены нарушения микроциркуляции: полнокровия, очаговые явления стаза (особенно в межжелудочковой перегородке), в интрамуральных ганглиях определяются минимальные дистрофические изменения. Миокард животных погибших и на 7-8 сутки характеризовался: перинуклеарной фуксинофилией, невыраженностью поперечной и продольной исчерченностью миоцитов, накопление серозного экссудата в строме, набухание эндокарда, выраженные нарушения микроциркуляции в миокарде и эндокарде, в интрамуральной нервной системе, были обнаружены нервные волокна с выраженными дистрофическими изменениями: распад миелина, с распадом осевого цилиндра. Также обнаруживались нервные волокна с минимальными дистрофическими изменениями: при сохранении осевого цилиндра, определялись очаги демиелинизации. Помимо патологиче-

ских изменений в нервных волокнах сердца была зафиксирована гипертрофия экстрамуральных ганглиев. Гипертрофия проявлялась в увеличении объема нейронов, размеров ядер нейроцитов, гипертрофией вставочных нейронов, гиперхромией ядер клеток сателлитов. В миокарде, эндокарде и нервных ганглиях мышечных с минимальными клиническими проявлениями (10-15 сутки) изменений не обнаружено.

Экспериментальное воспроизведение лихорадки Западного Нила на мышцах выявило, что морфологические изменения в миокарде и эндокарде животных зависят от стадии инфекционного процесса: в инкубационный период – полнокровие, в разгар заболевания обнаруживаются дистрофические изменения как в паренхиме, так и в строме, у мышечных с минимальными клиническими проявлениями патологических изменений не обнаружено. Определяются морфологические изменения в интрамуральной нервной системе которые проявляются дистрофией нервных волокон различной степени выраженности во всех периодах заболевания, экстрамуральные нервные ганглии гипертрофированы в разгар заболевания.

Трисветова Е.Л., Бова А.А.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Республика Беларусь

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что при малых аномалиях сердца (МАС) определяется симптомокомплекс нарушений функционального состояния миокарда у лиц молодого трудоспособного возраста.

Целью настоящего исследования явилось изучение патогенетических механизмов сердечной недостаточности при МАС.

Материал и методы. Обследованы 237 мужчин молодого возраста ($21,1 \pm 3,2$ года) с МАС. Ультразвуковым методом (М -, В - и доплер режимы исследования) диагностированы анатомические (аномально расположенные хорды, дистопия и аномалии папиллярных мышц, избыточная трабекулярность и др.) и функциональные (пролапсы створок клапанов сердца, пристворочная регургитация) МАС в виде одиночных вариантов (50,63 %) и их сочетаний (49,37 %). Группу сравнения составили 41 пациент без нарушений внутрисердечной архитектоники, сопоставимые по возрасту, антропометрическим и физическим данным.

Применяли эхокардиографию (ЭхоКГ) для оценки функционального состояния сердца, велоэргометрию (ВЭМ) с расчетом адаптационного потенциала (АП), лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) с целью изучения тканевого кожного кровотока.

Результаты и обсуждение. Показатели сократительной функции сердца и внутрисердечной гемодинамики при МАС отличались от результатов группы сравнения. В большинстве случаев (62,7 %) определялся гиперкинетический тип гемодинамики. Минутный объем (МО) в группе с МАС ($5,6 \pm 1,6$ л/мин) превысил показатель группы сравнения ($p < 0,05$). Увеличение МО происходило без возрастания ударного объема (УО), но в условиях значимых

различий ЧСС ($84,8 \pm 1,77$ уд. в мин.; $p < 0,05$). Скорость укорочения циркулярных волокон была увеличена ($1,43 \pm 0,19$ с⁻¹; $p < 0,05$), а степень укорочения передне - заднего размера левого желудочка не различалась в сравниваемых группах. Общее периферическое сосудистое сопротивление было выше в группе с МАС (2900 ± 262 дин/см²; $p < 0,05$). Определялось снижение скорости пассивного наполнения ($0,78 \pm 0,15$ м/с; $p < 0,05$) и отношения скорости раннего наполнения левого желудочка к скорости его позднего наполнения ($1,39 \pm 0,15$; $p < 0,05$). При изменении геометрии полости левого желудочка при МАС определялось удлинение времени потока раннего наполнения левого желудочка ($0,19 \pm 0,01$ с; $p < 0,001$). Время изоволюметрического расслабления при деформации полости аномалией статистически достоверно увеличивалось ($0,088 \pm 0,04$ с) по отношению к результату группы сравнения ($p < 0,05$).

Мощность пороговой нагрузки и ее продолжительность при МАС были ниже, чем результаты группы сравнения ($F=2,368$; $p < 0,01$ и $F=6,02$; $p < 0,01$; соответственно). Напряжение и снижение адаптационных возможностей организма отмечалось у 39 % пациентов с МАС (против 14 % группы сравнения) до нагрузки и 59 % (против 2 % группы сравнения) на 5 минуте восстановительного периода.

Результаты исследования тканевого кровотока и регуляции деятельности микроциркуляции свидетельствовали о существенных отличиях при МАС. Тканевой кровоток исходный и в условиях функциональных проб были снижены у пациентов с МАС. Тонус микрососудов был выше, резерв капиллярного кровотока на 123,6 % был ниже, чем в группе сравнения.

Таким образом, причинами развития сердечной недостаточности при МАС являются сама аномалия, вызывающая нарушение биомеханики сердечной мышцы, а также микроциркуляторные изменения, обуславливающие снижение энергетического резерва миокарда и способствующие развитию дистрофических нарушений и склероза.

Уланова В.И., Мазуров В.И.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Медицинская Академия последипломного образования,
кафедра терапии №1 им. Э.Э. Эйхвальда, Санкт-Петербург

Обследовано 110 наркозависимых больных инфекционным эндокардитом (ИЭ), из них 67 мужчин и 43 женщины в возрасте от 18 до 30 лет. Больные ИЭ были разделены на 2 группы: 1-я (контрольная) в количестве 30 человек (23 мужчины и 7 женщин) получала традиционное комплексное лечение, которое включало в себя сочетанное применение антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколений, аминогликозиды и/или фторхинолоны, метронидазол) в комбинации с дезинтоксикационной, антикоагулянтной терапией, трансфузиями плазмы и препаратов крови. Вторая группа больных в количестве 30 человек (20 мужчин и 10 женщин) получала комплексную терапию в сочетании с Вобэнзимом (Wbz) в следующих дозах: 10 таблеток 3 раза в день при тяжелом течении ИЭ, 7 таблеток 3 раза в день при средней тяжести течений ИЭ и 5 таблеток 3

раза в день — при легком течении заболевания. Вобэнзим применялся перорально за 30- 40 минут до приема пищи. Продолжительность курса составила 4 недели. Сравнение результатов лечения в двух группах проводилось с учетом клинических и лабораторных данных. Обработка полученных результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента и определением коэффициента сопряженности χ^2 .

В группе больных, получавших препараты системной энзимотерапии (СЭТ) в комплексе лечебных средств, рецидивы септической ТЭЛА были выявлены у 20% больных (6 чел.), тогда как в контрольной группе они были диагностированы у 13 человек (43,3%), $\chi^2 > 0,05$. На фоне приема препаратов СЭТ нормализация реологических показателей крови происходила, в среднем за $7,7 \pm 0,33$ дней, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $11,6 \pm 0,32$ дней ($p < 0,05$). Элиминация возбудителя из крови, купирование проявлений системного воспаления происходили в более короткие сроки у больных, получавших препараты СЭТ. Продолжительность периода бактериемии у больных 2 группы составил $6,67 \pm 0,37$ дней, тогда как в 1 группе этот показатель составил $9,97 \pm 0,38$ дней ($p < 0,05$).

Таким образом, использование препаратов СЭТ в составе комплексной терапии ИЭ позволяет в более ранние сроки достичь клинического улучшения, нормализации реологических показателей крови, регресса интоксикационного синдрома и системного воспаления. Включение Вобэнзима в комплекс лечебных средств у больных ИЭ сопровождается снижением частоты рецидивов септической ТЭЛА на фоне применения малых доз антикоагулянтов прямого действия.

Уланова В.И., Мазуров В.И., Козлов И.В.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Медицинская Академия последипломного образования,
кафедра терапии №1 им. Э.Э.Эйхвальда, Санкт-Петербург

Обследовано 135 больных инфекционным эндокардитом (ИЭ), из них у 110 человек в возрасте от 18 до 30 лет (1-я группа) основным фактором риска заболевания являлась инъекционная наркомания. Во второй группе больных (25 чел.) предрасполагающими факторами развития ИЭ были врожденные и приобретенные пороки сердца, а также протезированные клапаны. Наличие дегенеративно- дистрофических изменений клапанов сердца представляли собой дополнительный фактор риска развития ИЭ у лиц старшей возрастной группы. ИЭ у наркозависимых лиц характеризовался острым течением, преимущественным поражением правых камер сердца, а также значительной частотой положительных посевов крови (золотистый стафилококк — в 85 % наблюдений). Ведущими синдромами в этой группе больных являлись тромбозомболический (септическая ТЭЛА — у 72% больных), острая недостаточность кровообращения (35,3%), острый ДВС- синдром (75% больных), вторичная нефропатия, анемия, гепато-спленомегалия, поражение кожи и слизистых оболочек. Во второй группе больных наблюдалось, в основном, подострое течение заболевания с длительным периодом лихорадки на догоспитальном этапе и низкой частотой положительных посевов крови. В данной группе больных отмечалось преимущественное пораже-

ние левых камер сердца с образованием вегетаций на створках митрального и/или аортального клапанов. В 62% наблюдений у больных второй группы определялись осложнения тромбоэмболического характера, а именно, церебральные эмболии с развитием инсульта, гнойного менингоэнцефалита, формирование острых очаговых изменений в миокарде вследствие эмболии коронарных сосудов, почечные эмболии и другие осложнения. Развитие недостаточности кровообращения, по нашим данным, наблюдалось чаще во второй группе больных (68%). Таким образом, течение ИЭ у инъекционных наркоманов реже, чем у больных второй группы, сопровождается развитием недостаточности кровообращения. Вместе с тем формирование недостаточности клапанов сердца в результате перенесенного ИЭ является показанием для хирургического лечения больных обеих групп.

Уланова В.И., Цинзерлинг В.А. Мазуров В.И.
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Медицинская Академия последипломного образования,
кафедра терапии №1 им. Э.Э.Эйхвальда, Педиатрическая медицинская
Академия, кафедра патанатомии, Санкт-Петербург, Россия

За период 1998- 2004 г.г. на базе Александровской больницы Санкт-Петербурга проведено обследование 110 больных инфекционным эндокардитом (ИЭ), из них 67 мужчин и 43 женщины в возрасте от 18 до 30 лет. В обследуемой группе больных основным фактором риска развития ИЭ являлось внутривенное введение наркотиков. В обследованной группе больных 95,2% больных были ВИЧ- серопозитивными, причем большинство больных находились на стадии латентной ВИЧ- инфекции или персистирующей генерализованной лимфоаденопатии. Госпитальная летальность при ИЭ у наркозависимых лиц составила 35,5% (39 чел.). По данным аутопсии основными причинами смерти являлись септикопиемия с образованием гнойных очагов в паренхиматозных органах и полиорганной недостаточностью (42%), сердечная недостаточность (35%), острая почечная недостаточность (23%). Нами проведено сравнение данных морфологического исследования у ВИЧ-инфицированных больных ИЭ с группой пациентов, умерших от осложнений ИЭ в отсутствии ВИЧ- инфекции. По нашим данным, течение ИЭ в группе больных без ВИЧ- инфекции характеризовалось распространенными гнойно-экссудативными процессами с образованием выпота в полостях, гнойным менингоэнцефалитом, формированием очагов гнойного расплавления в паренхиматозных органах. В группе ВИЧ- серопозитивных больных клиническое течение ИЭ характеризовалось сниженной активностью системного воспаления, редким развитием осложнений, имеющих иммунокомплексную природу (васкулит, гломерулонефрит). Вместе с тем у ВИЧ- инфицированных лиц определялись морфологические признаки вторичного иммунодефицита в виде специфических изменений лимфоидной ткани селезенки, лимфоузлов, головного мозга (ВИЧ- энцефалит) без существенного значения в танатогенезе этих изменений. Таким образом, течение ИЭ у наркоманов на фоне им-

мунодефицита, обусловленного ВИЧ- инфекцией, характеризуется сниженной активностью системного воспаления по сравнению с неинфицированными больными, а также редким развитием иммунокомплексной патологии. Наличие латентно протекающей ВИЧ- инфекции, по- видимому, не играет существенной роли в танатогенезе у этих больных.

Филипченко Е.М.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 3 г.КРАСНОДАРА

Кубанская государственная медицинская академия, г.Краснодар, Россия

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжает занимать первое место в структуре общей смертности во всех развитых странах . Ишемическая болезнь сердца (ИБС) удерживает первое место среди всех сердечно-сосудистых заболеваний по частоте осложнений. Поэтому раннее выявление ИБС и выбор адекватной тактики лечения является важной задачей кардиологии. Последние десятилетия достигнут существенный прогресс в вопросах медикаментозной терапии ИБС, тем не менее заболеваемость острым инфарктом миокарда (ОИМ) не имеет тенденции к снижению и более того, в ряде западных стран отмечено увеличение заболеваемости ОИМ.

Цель работы – изучить динамику заболеваемости больных ОИМ в муниципальной поликлинике № 3 г. Краснодара в период с 1996 г. по 2003 г.

Исследование проводилось с использованием метода аналитического изучения журнала учета диспансерных больных ОИМ и анализа амбулаторных карт.

Изучение показало, что наименьшая заболеваемость ОИМ отмечалась в 1996 г. и составила 0,22 (на 1000 человек), а наибольшая заболеваемость была в 1998 и 2003 гг. (и составила, соответственно, 1,00 и 1,08). Рост заболеваемости отмечен в 1997 и 1998 г. (составил, соответственно, 0,56 и 0,64) по сравнению с 1996 г. В 2000 г. по сравнению с 1999 г. отмечено снижение заболеваемости ОИМ (в 1999 г. заболеваемость составила – 1,00; в 2000 г. – 0,78). В 2001 г. заболеваемость ОИМ составила 0,92; в 2002 г. – снизилась до 0,72. В 2003 г. ОИМ был зарегистрирован у 54 больных (24 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 48 до 88 лет (средний возраст – $68,7 \pm 1,2$ г.).

Проведенное изучение амбулаторных карт больных ОИМ (заболевание зарегистрировано в 2003 г) показало, что 22 больных из 54 (40,7 %) до возникновения ОИМ страдали гипертонической болезнью (3 стадии) и в течение нескольких лет всем им проводилась комбинированная антигипертензивная медикаментозная терапия, при этом у 35% из них было достигнуто целевое артериальное давление. 30 больным (55,6 %) до возникновения ОИМ проводилось многолетнее медикаментозное лечение по поводу ИБС, а у 2 больных (3,7 %) в возрасте 48 и 50 лет ОИМ развился без предшествующих фоновых сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что в период с 1996 по 2003 гг. отмечен рост заболеваемости ОИМ в поликлинике № 3 г.Краснодара и в 2003 г. он оказался наибольшим, несмотря на то, что большинству больных, перенесших ОИМ в 2003 г., проводилось медикаментозное лечение в течение нескольких предшествующих лет по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

Поэтому следует сделать вывод о важности и необходимости применения немедикаментозных методов лечения у больных с кардиальной патологией, а также о приоритете профилактического воздействия на здоровых и больных.

Выполнение комплекса мероприятий по профилактике ИБС и ее осложнений возможно только на общегосударственном уровне (необходимо с детства обучать основам рационального питания, здоровому образу жизни, повышать культурный и материальный уровень, вырабатывать негативное отношение к любым вредным привычкам и др.) с активным привлечением средств массовой информации, телевидения.

Филиппченко Е.М.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кубанская государственная медицинская академия, г.Краснодар, Россия

Гипертоническая болезнь (ГБ) является серьезной проблемой здравоохранения, одним из факторов риска смерти от сердечно-сосудистой патологии, доля которой в структуре общей смертности составляет 20-50%. В лечении ГБ используются два основных вида лечения – немедикаментозное и медикаментозное. Несмотря на достижение целевого уровня давления у ряда больных (через месяцы или годы) наблюдается феномен «ускальзывания», проявляющийся дестабилизацией артериального давления, несмотря на продолжающуюся ранее эффективную антигипертензивную терапию.

Цель работы - представить опыт применения разгрузочно-диетической терапии (РДТ) у больных с феноменом «ускальзывания».

Исследование проводилось на базе поликлиники № 3 г.Краснодара с января 2000 г. по декабрь 2003 г., изучено влияние РДТ у 118 больных дневного стационара и амбулаторных больных (75 женщин и 43 мужчин в возрасте от 34 до 69 лет).

У 69 больных верифицировалась ГБ 2 стадии, а у 49 – ГБ 3 стадии (классификация ВОЗ; 1995 г.). После общеклинического и лабораторно-инструментального обследования исключалась симптоматическая гипертензия. Продолжительность заболевания (с момента выявления ГБ) колебалась в пределах 2-15 лет. В исследование не включались лица, перенесшие инсульт, транзиторные ишемические атаки (давностью 6 месяцев), инфаркт миокарда (давностью 3 месяца), имевшие нестабильную стенокардию, клапанные пороки сердца, диффузные заболевания соединительной ткани, патологию почек и печени. Дестабилизация артериального давления и ухудшение состояния рассматривались как феномен «ускальзывания» от ранее назначенной терапии. Всем больным с феноменом «ускальзывания» назначалась РДТ после подробного разъяснения пер-

спектив и целей лечения, при этом большое внимание уделялось нормализации психоэмоционального состояния больных. Медикаментозное лечение не отменялось и не корректировалось. В течении 3 суток назначалось полное лечебное голодание, после чего – восстановительная лечебная диета с использованием фруктово-овощной диеты (7суток).

При оценке полученных данных хорошим результатом лечения считалась нормализация давления до целевого уровня, удовлетворительным – снижение на 10% и более (но не до нормальных значений), неудовлетворительным – снижение менее чем на 10% или повышение давления.

К началу 2 – 4 суток у большинства больных АД снижалось, а к 7 – 10 суткам – нормализовалось. У 78 больных антигипертензивный эффект РДТ был оценен как хороший, у 27 – как удовлетворительный, у 8 – как неудовлетворительный. 5 больных прекратили РДТ из-за выраженной слабости.

Наряду с гипотензивным эффектом при РДТ у всех больных улучшалось самочувствие, уменьшались головные боли, головокружение, кардиалгии, слабость. Всем больным на фоне поддерживающей антигипертензивной терапии рекомендовались повторные курсы РДТ два раза в год с продолжительностью разгрузочного периода до 10 суток.

Таким образом, применение РДТ у больных ГБ с феноменом «ускальзывания» позволило в короткие сроки нормализовать цифры АД у большинства больных без проведения коррекции медикаментозной терапии, что и позволяет нам рекомендовать метод РДТ в подобных случаях.

Фролова Т.А., Верблани Н.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Самарский государственный медицинский университет.

Самарский диагностический центр. Самара. Россия.

Дополнительные хорды (ДХ) в полости левого желудочка – анатомические изменения архитектоники сердца, не приводящие к нарушению функции, могут быть причиной гипердиагностики ревматизма, врожденных пороков сердца, миокардитов, инфаркта миокарда.

Цель. Показать диагностическое значение дополнительных хорд в полости левого желудочка при проведении дифференциальной диагностики.

Объектом данного исследования стали 200 пациентов в возрасте от 5 лет до 25 – практически здоровые дети с функциональными шумами, студенты и призывники с изменениями на ЭКГ. Проводились ЭКГ и ФКГ, эхокардиографическое исследования.

ДХ при трансторакальном эхокардиографическом исследовании лоцировались в 98%.

В 68% это были поперечные хорды. У детей (45) с систолическими шумами в 72% лоцировались ДХ с прикреплением к межжелудочковой перегородке (МЖП) в верхней ее трети, ближе к путям оттока крови из левого желудочка. При исследовании в режиме цветовой доплерэхокардиографии непосредственно на ДХ выявлен «aliasing-феномен», указывающий на появ-

ление сверхвысоких скоростей в этой зоне, чем, вероятнее всего объясняется появление у детей с высокой фракцией выброса систолических шумов. На ФКГ у всех детей регистрировались систолические шумы функционального характера с эпицентром во П-Ш межреберье слева от грудины. После выявления ДХ как причины систолических шумов данная группа детей не нуждается в дальнейшем наблюдении.

У подростков и молодых людей ДХ в полости левого желудочка в большинстве случаев (73%) не имели клинического значения. Нарушения ритма (синусовая брадикардия и тахикардия, миграция водителя ритма по предсердиям, экстрасистолия) у них встречались в 45% и, как правило, сочетались с синдромом вегетативной дисфункции. У пяти молодых людей (20-23 года) экстрасистолия регистрировалась с дошкольного и школьного возраста; ДХ были поперечными, но располагались в области верхушки и были толще, чем большинство других хорд. Возможно, что они имели элементы проводящей системы.

У молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет в 4% (8) на ЭГК регистрировались нарушения процессов реполяризации (снижение амплитуды зубца Т и «-» Т во П-Ш стандартных отведениях, иногда со смещением вниз сегмента ST). Двое из них были госпитализированы с направительным диагнозом инфаркт миокарда нижней стенки (?). ДХ были поперечными, отходили от основания или верхушки задне-медиальной сосочковой мышцы и прикреплялись к МЖП над ее мембранозной частью. При лоцировании было видно натяжение участков миокарда, к которым прикрепляются ДХ. Редукция коронарного кровотока в таких зонах может, вероятно, приводить к очаговым изменениям миокарда. Участки повышенной эхогенности регистрировались особенно четко в зонах прикрепления при коротких ДХ, геометрия левого желудочка при этом незначительно изменялась в форме «песочных часов». При исследовании диастолической функции левого желудочка были выявлены начальные стадии ее нарушения ($E/A = 1,0$. ВПР – 80 м/сек.). С гемодинамической точки зрения это наименее выгодный вариант ДХ, вероятно, не обходим ЭХОКГ – контроль. Такие же ДХ вызывали незначительную «клювовидную» деформацию МЖП в верхней трети, очаговый кардиосклероз в зоне прикрепления, которые прогрессировали с возрастом.

У студентки 23 лет продольная ДХ с двумя перепончатыми зонами прикрепления к МЖП и выраженным ее очаговым кардиосклерозом стала причиной гипердиагностики миокардита.

Таким образом, ДХ в полости левого желудочка позволяют уточнить причины систолических шумов у детей и некоторые электрокардиографические изменения у пациентов более старшего возраста.

Хлебодаров Ф.Е., Михин В.П., Забелина И.В., Чернятина М.А.
**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕКСИКОРОМ
И ДИРОТОНОМ НА ДНЕВНОЙ ПРОФИЛЬ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

Курский государственный медицинский университет,
Медицинский отдел УВД Курской области, г. Курск, Россия

В последнее время в комплексной терапии артериальной гипертензии находят применение антиоксидантные препараты. Подавляя активность перекисного окисления липидов, они способствуют устранению негативного влияния свободных радикалов на эндотелийзависимую вазодилатацию артерий, опосредуемую оксидом азота.

Цель исследования: изучить влияние сочетанного применения антиоксидантного препарата мексикора и гидрофильного ингибитора ангиотензин-превращающего фермента диротона на дневной профиль артериального давления.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 14 больных эссенциальной артериальной гипертензией. Из них 7 человек, включенные в основную группу, принимали диротон 20 мг/сут и мексикор 300 мг/сут. Пациенты контрольной группы принимали диротон 20 мг/сут и плацебо. До начала исследования и на 30 день лечения пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (аппарат МДП-НС-01).

Результаты работы и их обсуждение.

До начала исследования обе группы были статистически сопоставимы по всем показателям мониторирования артериального давления. Среднедневное систолическое артериальное давление (САДдень) в основной группе составляло $165,3 \pm 4,3$ мм рт.ст., среднедневное диастолическое (ДАДдень) - $104,2 \pm 4,5$ мм рт.ст. В контрольной группе, соответственно, - $163 \pm 4,9$ мм рт.ст. и $101,3 \pm 3,9$ мм рт.ст. К концу исследования в обеих группах отмечалось достоверное ($P < 0,05$) снижение артериального давления. Однако у лечившихся мексикором показатели АД были достоверно ($P < 0,05$) ниже, чем у получавших плацебо. Так САДдень в основной группе составляло $121,5 \pm 3,7$ мм рт.ст., в контрольной - $135,6 \pm 2,9$ мм рт.ст., ДАДдень, соответственно, - $81,3 \pm 3,1$ мм рт.ст. и $93,5 \pm 3,4$ мм рт.ст.

Наряду с изменениями абсолютных цифр артериального давления у лечившихся мексикором отмечалось достоверно ($P < 0,05$) более выраженное снижение дневной нагрузки давлением. В основной группе снижение ИВСАДдень составило 91,6%, ИВДАДдень - 64,5%, ИПСАДдень - 97,3%, ИПДАДдень - 89,8%. В контрольной группе указанные показатели были, соответственно, - 72,6%, 30,7%, 87,2%, 61,8%. Достоверных изменений дневных показателей вариабельности артериального давления и пульса не отмечалось.

Выводы. Сочетанное применение мексикора и диротона у больных артериальной гипертензией способствует более эффективной коррекции артериального давления.

*Хохлунов С.М., Мифтяхова Р.И., Зильберман Э.С., Симерзин В.В.,
Фельдман М.С., Хакимова Д.М., Соколов Б.В., Иванов В.С.*

ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Самарский государственный медицинский университет, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, г. Самара, Россия

Цель. Повысить эффективность фармакотерапии у больных инфарктом миокарда (ИМ) на госпитальном этапе реабилитации в условиях самарского областного клинического кардиологического диспансера СОККД.

Материал и методы. За более чем 25-летний период работы СОККД налажена и отработана методика оптимизации лечения больных ИМ на госпитальном этапе. При остром коронарном синдроме со стойким подъемом сегмента ST и первые 6-8 часов от начала ангинозного приступа или остром периоде инфаркта миокарда с зубцом Q, при отсутствии противопоказаний, проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ) с достижением оптимального срока введения препарата «дверь игла <30 минут». При наличии противопоказаний к ТЛТ у пациентов с ОКС со стойким подъемом сегмента ST или при остром ИМ с зубцом Q в первые часы заболевания в последние годы стали применяться интервенционные вмешательства. Таким пациентам проводилась коронароангиография с последующим решением вопроса об аортокоронарном шунтировании или баллонной ангиопластике со стентированием. В первые 24-48 часов ИМ при ангинозном статусе применялись инфузии нитроглицерина в вену. В ряде случаев пациентам назначались тиклопидин или клопидогрель. В остром периоде ИМ всем пациентам назначались гепарин первые 3-6 суток и ацетилсалициловая кислота, вводились бета-адреноблокаторы (при отсутствии явных противопоказаний) в вену и затем применялись перорально в индивидуально подобранной дозе (атенолол, метопролол или бисопролол). Их прием продолжался неопределенно долго. Ингибиторы АПФ, при отсутствии противопоказаний для профилактики ремоделирования сердца назначались в остром периоде ИМ с зубцом Q с 3-5 суток заболевания при стабилизации гемодинамики и всем пациентам с бессимптомной (ФВ <35%) и при любой стадии манифестной сердечной недостаточности. С 12-24 часов для профилактики синдрома декондиционирования разрешалась минимально достаточная двигательная активность с последующей лечебной физкультурой и расширением двигательного режима. За последний год по факту диагноза ОИМ стали применяться статины (симва-статин). Целью их лечения являлось снижение ХС ЛПНП, до достижения целевого уровня 2,6 ммоль/л (100 мг/дл). В ряде случаев проводились сеансы плазмафереза. При наличии тромба в ЛЖ, постоянной формы фибрилляции предсердий пациентам назначались непрямые антикоагулянты (варфарин). Антагонисты кальция для рутинного применения больным или вторичной профилактики после острого ИМ не назначались. Им отдалось предпочтение лишь в лечении верифицированной особой (ангиоспастической) стенокардии, а также при артериальной гипертензии, если другие медикаменты были недостаточно эффективны. После ИМ при существующей необходимости подавления тяжелых симптоматических аритмий из антиаритмических назначался амиодарон. Однако бета-адреноблокаторы для профилактики общей смертности более предпочтительны.

Внедрение принципов оптимизации лечения ИМ в СОККД за истекшие годы позволило получить определенные положительные результаты. Это способствовало в более ранние сроки купировать или минимизировать ангинозный статус или его эквиваленты минимизировать, стабилизировать и контролировать манифестную клиническую симптоматику заболевания. Это сопровождалось улучшением течения заболевания на стационарном этапе реабилитации за счет снижения частоты и тяжести развития осложнений, рецидивов ИМ, летальности и улучшения прогноза. Отмечено достоверное снижение риска развития других «коронарных событий» и осложнений. При этом смертность на стационарном этапе реабилитации больных ИМ с зубцом Q снизилась и в последние годы держится стабильно на уровне 8-11%, а при инфаркте миокарда без зубца Q - 4-6%.

Чижов П.А., Рышкович А.В.

УРОВЕНЬ АСТЕНИИ, НАРУШЕНИЯ СНА И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ ДИСПЛАЗИЯХ СЕРДЦА

Медицинская Академия, г. Ярославль, Россия

Цель работы: изучение наличия и особенностей астении, нарушений сна и особенностей иммунитета у молодых людей с соединительноткан-ными дисплазиями сердца (СТДС).

Материалы и методы: у 264 человек (106 юношей, 158 девушек) в возрасте 21 ± 0.9 года проведена ЭХО-кардиоскопия на аппарате Acoisson. Наличие астении определялось анкетированием по шкале Л.Д. Малковой, нарушения сна с помощью анкеты Сомнологического центра для выявления расстройств сна. Исследована кровь на содержание Ig классов A, M, G методом радиальной иммунодиффузии в геле по Маньчини, уровень ЦИК спектрофотометрическим методом, а также хемилюминисценция лейкоцитов (ХЛ) спонтанная и стимулированная.

Результаты: различные СТДС диагностированы у 213 чел (80.7%). Преобладал изолированный пролапс митрального клапана (ПМК) без нарушения гемодинамики - 96 человек (36.3%). Никаких отклонений в строении сердца не было обнаружено у 51 человека (19.3%).

В группе лиц с СТДС признаки астении наблюдались в $85 \pm 0.6\%$, что достоверно выше, чем в группе без СТДС, в которой признаки астении отмечены в $26 \pm 0.5\%$ ($p < 0.05$). В группе обследованных с СТДС общеневротические нарушения составляли 54%, вегетативные проявления астении - 22%, ядерные признаки астении - 10%, диссомнические проявления - 8%, цефалгические проявления - 6%. В группе без СТДС большую часть составляли общеневротические нарушения - 76%, вегетативные проявления астении - 20%, цефалгические проявления - 4%.

Лица с СТДС в $70 \pm 0.6\%$ случаев имели какие-либо нарушения сна, в группе лиц без СТДС нарушения сна наблюдались у $23 \pm 0.5\%$ обследованных ($p < 0.05$). В группе лиц с СТДС частые ночные пробуждения обнаружены в 56% случаев, длительное время засыпания - у 28%, множественные тревожные сновидения - у 11%, повышенная сонливость по утрам - у 5%. В

группе без СТДС повышенная сонливость по утрам наблюдалась у 55% обследованных, длительное время засыпания – у 21%, частые ночные пробуждения и множественные тревожные сновидения составляли вместе 12%.

В группе обследованных с СТДС наблюдалось снижение уровня IgM, IgA, повышение уровня ЦИК, в группе обследованных без СТДС показатели звена гуморального иммунитета были в пределах нормы.

В группе лиц без СТДС снижены показатели хемилюминисценции. Так, спонтанная ХЛ у обследованных с СТДС составляла в среднем 0.9 ± 0.05 , стимулированная ХЛ- 5.13 ± 0.01 . В группе лиц без СТДС эти показатели соответствовали возрастной норме - 5.53 ± 0.01 и 16.08 ± 0.01 соответственно ($p < 0.05$).

Выводы: при наличии любой СТДС нарушения сна и проявления астении встречаются достоверно чаще, чем при отсутствии каких-либо дисплазий сердца. Проявления астении носят чаще всего общевегетативный характер, причём ядерные признаки астении встречаются только при СТДС. В группе лиц с СТДС имеют место существенные нарушения клеточного и гуморального иммунитета

Чижова М.П., Чижов П.А., Баранов А.А.,

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ОБМЕН ОКСИПРОЛИНА У ЛИЦ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМИ ДИСПАЗИЯМИ СЕРДЦА

Медицинская академия, Ярославль, Россия

Целью работы было определение наличия синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у лиц с различными формами соединительнотканых дисплазий сердца (СТДС) и связь СВД с параметрами ЭХО-КС, иммунологическими показателями и обменом оксипролина (ОП).

Материалы и методы: у 278 человек в возрасте от 20 до 23 лет (99 мужчин (М) и 179 женщин (Ж)) проводили ЭХО-КС, заполняли опросник (ОВ) и схему Вейна (СВ) для выявления СВД, исследовали кровь на ревматоидный фактор (РФ), содержание антител к ДНК (АДНК) и к кардиолипинам типа IgG и IgM (АКЛ IgG и IgM) твердофазным иммуноферментным методом, определяли свободный (СОП) и белковосвязанный (БСОП) ОП по методу П.Н. Шараева (1981).

Результаты: Различные СТДС выявлены у 86% всех обследованных. Изолированный (ИПМК) или комбинированный пролапс митрального клапана (КПМК) обнаружен у 59%, одинаково часто у М и Ж. Пролапс трикуспидального клапана (ПТК) в изолированном виде или в комбинации с ПМК, добавочными хордами (ДХ) диагностирован у 17,6%, у М в 1.9 раза чаще, чем у Ж. ДХ обнаружены у 20,9% , причем изолированные ДХ у Ж встречаются в 2.9 раза чаще, чем у М. Митрально-папиллярная дисфункция (МПД) диагностирована у 20,8 %, одинаково часто у М и Ж.

Исследование наличия СВД по ОВ выявило его у 184 человек, т.е. у 66,2% обследованных. У Ж СВД по ОВ встречался в 1,6 раза чаще, чем у М (76,5 % против 47,4 %). По схеме Вейна СВД диагностировался у 78 человек (28%), причем у Ж в 2,3 раза чаще, чем у М (35 % против 15 %). СВД

по ОВ встречался практически с одинаковой частотой у лиц с СТДС и без них (соответственно 66% и 70%). По СВ СВД в 1,3 раза чаще встречался у обследованных с СТДС, чем в группе без СТДС (33 % против 25,6%).

У лиц с СВД по ОВ и СВ установлено достоверное нарастание симпатических и снижение парасимпатических влияний и снижение конечного диастолического размера. Кроме того, обнаружено повышение уровня РФ в группе с СВД по ОВ, а в группе с СВД по СВ - снижение уровня СОП по сравнению с группой без СВД. В группах с различными СТДС в сочетании с СВД установлено достоверное повышение уровня БСОП по сравнению с группами с СВД без СТДС. В группах с ИПМК и особенно с КПМК наблюдалась тенденция ($p < 0.1$) к большей выраженности СВД по ОВ и СВ, по сравнению с лицами без СТДС.

В группе лиц с повышенным уровнем АКЛ типа IgG и IgM установлены достоверные отрицательные корреляции между выраженностью СВД и параметрами ЭХО-КС (КДР, КСР, КДО, КСО, УО). В группе с повышенным уровнем IgG, по сравнению с лицами без СТДС, были достоверно выше УО и ФВ, а при повышении IgM - КСР, КСО и ФВ.

В группе с повышенным титром АДНК был достоверно выше, чем в группе с нормальными показателями, КСО и имели место тенденции ($p < 0.1$) быть выше УО и ниже ФВ, а также достоверно чаще встречались стигмы дисэмбриогенеза. Установлена тенденция к нарастанию симпатических и снижению парасимпатических влияний в группах с повышенным уровнем АДНК и РФ.

Заключение: различные СТДС встречаются у 86% обследованных. СВД обнаружен у 66,2%, причем у женщин в 1,6-2,3 раза чаще. СВД сопровождается нарастанием симпатических и снижением парасимпатических влияний. У лиц с СВД по ОВ достоверно повышен уровень РФ, а у лиц с СВД по СВ снижен уровень СОП. При СВД в сочетании с ПТК, ДХ или МПД имеет место повышение уровня БСОП. При повышенном уровне АКЛ типа Ig G и IgM установлены достоверные отрицательные корреляции между СВД и параметрами ЭХО-КС. В группах с повышенным уровнем АДНК и РФ установлено достоверное преобладание симпатических влияний. При повышенном уровне ДНК чаще встречаются стигмы дисэмбриогенеза.

Шмелев Э.Н., Борзенко А.С., Таинов И.М.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ, ПО ДАННЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА 15 ЛЕТ (1988-2002 г.г.)

ВолГМУ, кафедра фтизиопульмонологии и иммунологии

Проведен анализ результатов патологоанатомического исследования 352 умерших больных туберкулёзом, по данным Волгоградского областного клинического противотуберкулёзного диспансера за 1998-2002 гг. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выявлены в 145 случаях. Хроническое легочное сердце (ХЛС) наблюдалось у 108 умерших (74, 5 %). В 16 случаях оно сочеталось с ишемической болезнью сердца (ИБС), в 2 — с перикардитом, в 2 — осложнилось тромбоэмболией легочной артерии. У 61 больного ХЛС сформировалось на фоне фиброзно-кавернозного, у 17 - дис-

семинарированного туберкулёза легких, у 14 — казеозной пневмонии, у 16 — хронической эмпиемы плевры. В 6 случаях легочный процесс был осложнен спонтанным пневмотораксом и в 5 — изменения возникли на фоне оперированного легкого. У 90 больных (83, 3 %) причиной летального исхода была декомпенсация ХЛС. В других случаях у больных с ХЛС смерть наступила в результате профузного легочного кровотечения (11 человек), менингоэнцефалита (3), печеночной комы (1), острой почечной недостаточности (1), тромбоэмболии легочной артерии (2 человека).

В 33 случаях (22, 8 %) на вскрытии отмечались признаки ИБС в форме коронарокардиосклероза, рубцовых изменений в миокарде (3 наблюдения) и перикарде (1 наблюдение). В 3-х случаях выявлен свежий инфаркт миокарда, которым и был обусловлен летальный исход.

Поражение перикарда отмечено в 20 случаях (18, 5 %). При этом острый перикардит имел место у 10 умерших (фибринозный — у 3, серозно-фибринозный — у 3, гнойный — у 4). Хронический экссудативно-адгезивный перикардит диагностирован в 3-х, адгезивно-фиброзирующий — в 7 случаях. В 13 наблюдениях секционные данные подтверждали туберкулёзную этиологию перикардита. У этих больных перикардит развивался в связи с диссеминированным, фиброзно-кавернозным туберкулёзом легких и казеозной пневмонией. Следует отметить частое сочетание туберкулезных изменений перикарда с поражением плевры, имевшим место в 7 случаях. В других наблюдениях в перикарде отмечались явления неспецифического воспаления, развившиеся в послеоперационном периоде при операциях по поводу фиброзно-кавернозного туберкулёза и эмпиемы плевры (5 наблюдений). В 1 случае перикардит был осложнением острого инфаркта миокарда и в 1 — адгезивные изменения в полости перикарда наблюдались после раннее перенесенного инфаркта и сочетались с рубцовыми изменениями в миокарде.

Признаки миокардита выявлены в 5 случаях (3,4 %). В 4-х из них миокардит имел токсический характер с диффузными неспецифическими воспалительными изменениями и в одном был диагностирован специфический туберкулёзный процесс в виде милиарного обсеменения.

Их других изменений сердца в 1 случае выявлена дилатационная кардиомиопатия и ещё в 1 — врожденный порок сердца с незаращением межжелудочковой перегородки и транспозицией магистральных сосудов.

Таким образом, у больных туберкулёзом, по результатам патологоанатомического исследования, специфический процесс в сердце наблюдается относительно редко (3,7 %), чаще захватывает перикард и в единичных случаях — миокард. Более часто выявляются ХЛС и неспецифические изменения в перикарде и миокарде.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СЕРДЦА ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Самарский государственный медицинский университет

Цель – изучить структурно-геометрические и функциональные изменения левого желудочка у больных постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с артериальной гипертензией и возможности коррекции их периндоприлом.

Материал и методы. Обследовано 109 мужчин (средний возраст 53 ± 3 года), перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q давностью от 2 месяцев до 3 лет и имевших хроническую сердечную недостаточность I стадии II функционального класса. 32 пациента из общего числа обследованных имели артериальную гипертонию I и II степени тяжести в соответствии с классификацией ВОЗ (1999).

Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от наличия аневризмы левого желудочка и артериальной гипертонии. В 1 группу вошли 43 больных без аневризмы левого желудочка и артериальной гипертонии, во 2 группу – 34 больных с постинфарктной аневризмой без артериальной гипертонии и в 3 группу – 32 больных с артериальной гипертонией I и II степени.

Морфо-функциональные параметры левого желудочка, центральная и внутрисердечная гемодинамика изучались с помощью эхокардиографии.

Для изучения динамики морфофункционального состояния сердца на фоне базового лечения был назначен периндоприл в дозе 4 мг в сутки 20, 17 и 18 пациентам соответственно в 1-й, 2-й и 3-й группах. Эффективность терапии периндоприлом предварительно оценена через месяц.

В качестве контроля взяты результаты обследования 34 здоровых мужчин (средний возраст 43 ± 3 года).

Результаты. В процессе анализа данных у больных в группах выявлены различные типы геометрии левого желудочка. Эксцентрический тип гипертрофии (относительная толщина стенки $< 0,44$ ед., ИММ > 120 г/м²) отмечено у 87% представителей 1 группы и у всех больных 2 группы. Эксцентрическое ремоделирование (ОТС $< 0,40$ ед., ИММ < 111 г/м², КДР $> 5,7$ см) имело место у 13% и 15% лиц 1 и 3 групп соответственно. Превалирующим типом в 3 группе (85%) оказалась концентрическая гипертрофия левого желудочка (ОТС $> 0,44$ ед., ИММ > 120 г/м²).

Фракция изгнания по сравнению с контролем была снижена до 52%, 41% и 55% соответственно в 1, 2 и 3 группах. Диастолическая функция левого желудочка в 1 и 3 группах характеризовалась перераспределением трансмитрального потока по ригидному, а во 2 группе – псевдонормальному типу.

Через месяц лечения периндоприла во всех трех группах изменения структурных показателей левого желудочка не имели достоверных различий. Тем не менее, фракция изгнания по сравнению с исходом увеличилась на 5%, 8% ($p < 0,05$) и 6% ($p < 0,05$) соответственно в 1, 2 и 3 группах. Положительная динамика диастолической функции (увеличение максимальной ско-

рости потока в раннее наполнение) наблюдалась лишь у пациентов 1 и 3 групп, принимавших периндоприл.

Таким образом, у больных постинфарктным кардиосклерозом при наличии артериальной гипертонии развивается преимущественно концентрический тип гипертрофии левого желудочка с нарушением систолической и диастолической функций левого желудочка. Назначение периндоприла больным постинфарктным кардиосклерозом, в том числе и с артериальной гипертонией, уже через месяц сопровождается улучшением функционального состояния сердца.

Юбилей

К 75-летию со дня рождения Александра Борисовича Зборовского

29 июня 2004 года исполняется 75 лет со дня рождения одного из видных российских ученых, терапевтов и ревматологов, доктора медицинских наук (1963), профессора (1964), заслуженного деятеля науки РСФСР (1979), академика Российской академии медицинских наук (1994) и международной академии наук (1996), профессора кафедры госпитальной терапии Волгоградского государственного медицинского Университета, директора НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН Александра Борисовича Зборовского.

Спектр научных исследований А.Б.Зборовского многогранен. Хорошо известны его работы по кардиологии, аллергологии и гастроэнтерологии, но приоритет в научной и лечебной работе был отдан ревматологии. По его инициативе и решению Госкомитета по науке и технике при Совмине СССР в 1968 году в Волгограде была открыта единственная в стране Проблемная научно-исследовательская ревматологическая лаборатория МЗ СССР, которая в 1985 году реорганизуется в филиал Института ревматологии АМН СССР, а в 1996 году – в НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН. Все эти учреждения последовательно возглавлял и продолжает возглавлять А.Б.Зборовский, параллельно с работой на кафедре госпитальной терапии Волгоградского медицинского Университета.

За это время им с сотрудниками кафедры подготовлены тысячи молодых врачей, работающих в различных регионах нашей страны и за рубежом. Являясь прекрасным врачом-клиницистом, А.Б.Зборовский щедро делится своим богатым клиническим опытом с молодыми коллегами. Его лекции пользуются большой популярностью как среди студентов, так и врачей. Клинические разборы, обходы и консультации А.Б.Зборовского – прекрасная школа для молодых и опытных врачей-терапевтов и ревматологов.

По его инициативе разрабатываются оригинальные исследования по применению иммобилизованных гранулированных антигенных препаратов с магнитными свойствами в диагностике и лечении ревматических заболеваний. Им создана энзимологическая лаборатория, где изучается активность более 30 ферментов и изоферментов. Энзимные тесты широко внедряются в клиническую практику для ранней диагностики многих ревматических заболеваний, контроля за эффективностью проводимой терапии. Энзимные исследования в крови и тканях больных позволили раскрыть многие ранее неизвестные звенья патогенеза ревматических болезней. Под его руководством и участия в настоящее время проводятся клинико-иммуно-биохимические исследования малоизвестных для практических врачей внесуставных заболеваний мягких тканей, предложены оригинальные методы их ранней диагностики и патогенетической терапии. А.Б.Зборовский внес существенный вклад в изучение взаимоотношений между прооксидантной и антиоксидантной системами и их ролью в возникновении и развитии ревматических болезней, обосновал и внедрил в клиническую практику различные методы антиоксидантной терапии. Предложенные им методы профилактики

ревматизма и болезней суставов с использованием адаптогенных препаратов показали свою эффективность на большом контингенте работников агропромышленного комплекса Волгоградской области. Под его руководством подготовлено 16 докторов наук и 118 кандидатов медицинских наук. Ему принадлежит 780 печатных работ, 15 монографий, 18 патентов и авторских свидетельств на изобретения.

Александр Борисович успешно сочетает лечебную, научную, учебную и организационную работу с общественной деятельностью. Он является членом бюро Отделения клинической медицины РАМН, Высшего Аттестационного Комитета Российской Федерации, вице-президентом Всероссийского общества терапевтов, членом Правлений ряда медицинских обществ и ассоциаций, Исполкома Российского Пироговского съезда врачей, Президиума Российской Ассоциации ревматологов, Президентом Ассоциации ревматологов Южного Федерального Округа, членом редсоветов журналов, «Новый медицинский журнал», «Научно-практическая ревматология», "Клиническая фармакология и терапия", «Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости», «ТОП-медицина», «Клінічна фармація». Он имеет высокий международный авторитет. В течение ряда лет Александр Борисович был членом международного комитета ревматологов, вице-президентом Европейского комитета ревматологов по публикациям и образованию. Он почетный член лиг ревматологов Германии, Чехии, Словакии, международного общества имени Пуркинѐ, национальной лиги и правления ревматологов Украины, почетный профессор Нижегородской медицинской академии.

Разносторонняя и плодотворная деятельность академика Зборовского отмечена орденом Трудового Красного Знамени (1990), "Орденом Почета" (1995), орденом «За заслуги перед Отечеством III степени» (1999), медалью "За доблестный труд", медалью имени С.П.Боткина, серебрянной медалью ВДНХ СССР, золотыми медалями международной лиги ревматологов и координационного комитета медицинских научных обществ Германии имени Т.Бругша, золотой медалью им. акад. Н.Д.Стражеско (АМН Украины). Международные биографические центры США и Англии за научные достижения избрали А.Б.Зборовского "Влиятельным лидером мира XX века", членом "Ордена международного сообщества" и "Человеком года" (1997). В 1999 году А.Б.Зборовский решением Горсовета и Администрации г.Волгограда избран Почетным Гражданином города-героя Волгограда.

А.Б.Зборовский отличается высокой трудоспособностью, оптимизмом, глубоким чувством долга, требовательностью к себе, принципиальностью, и в то же время ему присущи доброжелательность, справедливость по отношению к коллегам, коммуникабельность, тактичность и бережное отношение к своим ученикам, что снискало Александру Борисовичу всемерное признание и симпатии людей, с ним общающихся.

Сотрудники НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоградского ревматологического центра, коллеги юбиляра от всей души желают Александру Борисовичу многих лет жизни и дальнейших творческих достижений во всей его многогранной деятельности. Редакционная коллегия журнала также присоединяется к поздравлениям.

Содержание

Российской академии медицинских наук – 60 лет

3

Ревматология

- Александров АВ, Никитин МВ, Петрова НВ, Сизова МВ, Маслакова ЛА, Гонтарь ИИ, Зборовская ИА** Новые возможности контроля эффективности терапии ревматоидного артрита с помощью магнитоуправляемых сорбентов на основе церулоплазмينا 6
- Аль Агбари Халед, Рогаткина ТФ, Некрасова СП, Мартемьянов ВФ, Надирадзе СБ** Активность энзимов гуаниловой ветви пуринового метаболизма у больных ревматизмом в зависимости от характера течения заболевания 7
- Аль Агбари Халед, Зборовский АБ, Мартемьянов ВФ, Надирадзе СБ, Стажаров МЮ** Активность энзимов пуринового метаболизма в сыворотке крови больных в неактивной фазе ревматизма 9
- Бабушкин СЯ** Информированность больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника 10
- Бадоева ЗА, Аликова ЗР, Амбалова СА, Довголис АН** Сравнительный анализ распространённости ревматических заболеваний в республике Северная Осетия-Алания в разных возрастных группах 11
- Балашева ИИ, Нагаева ТА, Волкова УВ** Патология сердечно-сосудистой системы при геморрагическом васкулите у детей 12
- Баракат Ахмад М Али, Сивордова ЛЕ, ОВ Новикова, Заводовский БВ, Зборовский АБ** Взаимосвязь между выведением продуктов деградации коллагена I типа и выявлением остеопороза при ревматоидном артрите 13
- Басиева ОО, Антониади ИВ** Состояние гепатобилиарной системы у больных ревматоидным артритом 14
- Беляева АГ, Чижев ПА** Распространённость остеопороза у мужчин с хроническим обструктивным бронхитом и его связь с параметрами функции внешнего дыхания, эхокардиоскопии, активностью перекисного липидов и обменом оксипролина 15
- Беляева ИБ, Лапин СВ, Соколова ВВ** Функциональная способность больных ранним ревматоидным артритом и клинико-диагностические показатели её ухудшения 17
- Варгина ВН, Девятаева НМ, Труштина НБ, Заводовский БВ, Зборовская ИА** Влияние некоторых клинико-лабораторных параметров на денситометрические показатели состояния костной ткани у больных системной красной волчанкой 18
- Воронкова НБ, Хрусталева ОА** Особенности клинического течения деформирующего остеоартроза коленных суставов у женщин с метаболическим синдромом 19
- Гонтарь ИП, Александров АВ, Шилова ЛН, Петрова НВ, Красильников АН, Емельянова ОИ, Зборовский АБ** Использование современных биотехнологий при создании нового класса иммуносорбентов для лечения ревматоидного артрита 20
- Грошев ЮВ, Гонтарь ИП, Ломтатидзе ЕШ** Особенности динамики иммунологического статуса в прогнозировании течения и тактике лечения политравм опорно – двигательного аппарата 22
- Давидян ВС, Мартемьянов ВФ, Левкина МВ, Чернышов ЕП, Надирадзе СБ** Энзимологические исследования в крови больных с дистальной формой псориатического артрита 23

Давидян ВС, Надирадзе СБ, Мозговая ЕЭ, Стажаров МЮ, Григорьянц СР	24
Энзимологический профиль сыворотки крови у больных с ревматоидоподобной формой псориатического артрита	
Данилова ТГ, Чаплыгина ЛН Особенности клиники, диагностики и лечения реактивных артритов	26
Дахмаль Мансур Каид Каид, Морозова ТА, Мартемьянов ВФ, Бедина СА, Белясникова ЕА Активность ксантиноксидазы, ксантиндегидрогеназы, аденозиндезаминазы и изонзимов ксантиндегидрогеназы и аденозиндезаминазы в крови больных с минимальной активностью ревматического процесса	27
Дробот ЕВ, Полянская ИВ Оценка целесообразности применения циклоферона при лечении артроза коленного сустава на амбулаторном этапе	28
Дробот НН, Дробот ЕВ Ревматические поражения легких в практике фтизиатра	30
Дряженкова ИВ Состояние липидного обмена у больных ревматического профиля	31
Епифанова ОЕ, Илюшина ЛВ Применение эфферентных методов терапии в комплексном лечении системной красной волчанки	32
Заводовский БВ, Никитина НВ, Юшкова ГВ, Труштина НБ, Зборовский АБ Состояние костной системы у ликвидаторов чернобыльской АЭС	33
Зборовская ИА, Варгина ВН, Новикова ОВ, Кулиуш МА, Заводовский БВ Эффективность применения альфакальцидола для лечения вторичного остеопороза у больных системной склеродермией	34
Зборовская ИА, Мякишев МВ, Мозговая ЕЭ, Кудряков РШ, Ермолаева НА Активность энзимов гуаниловой ветви пуринового метаболизма в крови больных дискоидной красной волчанкой	35
Зборовская ИА, Фофонова НА, Дахмаль Мансур Каид Каид, Белясникова ЕА, Григорьянц СР Активность ксантиноксидазы, ксантиндегидрогеназы и аденозиндезаминазы в сыворотке крови больных с неактивной фазой ревматизма	37
Зборовский АБ, Кудряков РШ, Родин АЮ, Мартемьянов ВФ, Хортиева СС Особенности энзимного профиля крови у больных с ограниченными и системными формами красной волчанки и склеродермии	38
Зборовский АБ, Мартемьянов ВФ, Мозговая ЕЭ, Бедина СА, Аль Агбари Халед О возможности использования энзимных показателей крови в диагностике активности ревматического процесса на фоне недостаточности кровообращения	39
Зборовский АБ, Сычева АВ, Никитина НВ, Юшкова ГВ, Кулиуш МА, Заводовский БВ Противосудорожные препараты как возможные факторы риска развития остеопороза у ликвидаторов чернобыльской АЭС	41
Иванова ЮИ, Чижов ПА, Прибытков ЮН Характеристика остеопороза у мужчин с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца	42
Иванюк МВ, Данилова ТГ, Цыганова ЛА Клинико-иммунологические особенности и эффективность фармакотерапии у больных с ранним ревматоидным артритом	43
Ильин МВ, Чмырь ВВ, Хрусталеv ОА, Романов ВА Функциональная активность нейтрофилов у больных системной красной волчанкой, имеющих начальные проявления хронической сердечной недостаточности	44
Ильичев АЮ Хирургическая тактика при сочетанной хронической патологии носа, околоносовых пазух и глотки	46
Ильичев АЮ Экономический эффект выполнения симультанных операций при сочетании деформации носовой перегородки и хронического гайморита	48
Кедрова ВЛ, Грехов РА, Харченко СА, Черкесова ЕГ Системная склеродермия и концепция локуса контроля	50
Кедрова ВЛ, Грехов РА, Харченко СА, Черкесова ЕГ Особенности невротизации и механизмов психологической защиты при системной склеродермии	51
Корочина ИЭ, Багирова ГГ Клинические особенности остеоартроза у женщин с метаболическим синдромом	52

Кочнева ЛИ, Маслакова ЛА, Гонтарь ИИ, Сычева ГФ, Шилова ЛН, Емельянов НИ, Гонтарь ИП Изучение неспецифического взаимодействия фибронектина с иммуноглобулинами крови у больных ревматическими заболеваниями	53
Крылов ГЮ, Эйд Риад, Баранова ЭЯ, Парусова НИ Уровень интерферона-гамма и интерлейкина-4 у больных ревматоидным артритом	55
Кудряков РШ, Григорьянц СР, Девятаева НМ, Слюсарь ОП, Хортиева СС Энзимные нарушения в крови больных с ограниченной (кожной) формой красной волчанки	55
Кудряков РШ, Ермолаева Н А, Мякишев МВ, Абрамов НБ, Карпова ОВ Некоторые вопросы терминологии, классификации и особенностей пуринового метаболизма при ограниченной (бляшечной) склеродермии	57
Кудряков РШ, Морозова ТА, Фофанова НА, Абрамов НБ, Мозговая ЕЭ Активность гуаниндезаминазы, гуанозиндезаминазы, пуриннуклеозидфосфорилазы, гуанозинфосфорилазы и содержание мочевой кислоты в крови больных диссеминированной красной волчанкой	58
Куницкая НА Механизмы нарушения микроциркуляции при некоторых ревматических заболеваниях (РЗ)	60
Курушина ОВ Терапия первичной фибромиалгии, ассоциирующей с предменструальным синдромом	61
Ломтатидзе ЕШ, Волченко ДВ, Поцелуйко СВ, Ким НИ, Ломтатидзе ВЕ, Грошев ЮВ, Круглов МИ, Попов ДП Оценка качества жизни у пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава после эндопротезирования	62
Ломтатидзе ЕШ, Поцелуйко СВ, Ким НИ, Ломтатидзе ВЕ, Волченко ДВ, Грошев ЮВ, Круглов МИ, Попов ДП Способ контроля результатов лечения пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава	63
Майко ОЮ, Багирова ГГ, Попова ЛВ, Климова ОП, Савенкова ТА Повышает ли хондролон качество жизни больных остеоартрозом коленных суставов?	64
Маланин ДА, Черезов ЛЛ, Деревянко ИВ, Питкевич ЮЭ, Самусев СР О структуре патологии коленного сустава у больных с полнослойными повреждениями гиалинового хряща при травмах и дистрофических заболеваниях	65
Маланин ДА, Черезов ЛЛ, Самусев СР, Деревянко ИВ, Питкевич ЮЭ Анализ факторов риска, влияющих на распространённость и прогрессирование повреждений гиалинового хряща у больных с дистрофическими заболеваниями коленного сустава	67
Маланин ДА, Черезов ЛЛ, Самусев СР, Деревянко ИВ, Питкевич ЮЭ Клиническая эффективность хондропластики в коленном суставе и факторы её определяющие	68
Мартемьянов ВФ, Аль Акбари Халед, Зборовская ИА, Бедина СА, Григорьянц СР Активность энзимов пуринового метаболизма у больных в неактивной фазе ревматизма в зависимости от недостаточности кровообращения	69
Мартемьянов ВФ, Давидян ВС, Григорьянц СР, Стажаров МЮ, Мозговая ЕЭ Активность энзимов пуринового метаболизма у больных ревматоидоподобной формой псориатического артрита в зависимости от степени активности патологического процесса	70
Мартемьянов ВФ, Кудряков РШ, Девятаева НМ, Мякишев МВ, Стажаров МЮ Клинико-энзимологические особенности у больных с различными формами интегументной красной волчанкой	72
Мартемьянов ВФ, Левкина МВ, Абрамов НБ, Чернышов ЕП, Слюсарь ОП, Сапрыкин ИП Активность энзимов пуринового метаболизма у больных псориатическим спондилоартритом	73
Мартемьянов ВФ, Морозова ТА, Зборовская ИА, Аль Агбари Халед, Некрасова СП Использование энзимных методов исследований в диагностике минимальной активности ревматического процесса	75

Маслакова ЛА, Кочнева ЛИ, Гонтарь ИИ, Никитин МВ, Александров АВ, Трубенко ЮА, Емельянов НИ, Зборовский АБ Значение определения антител к фибронектину при ревматических заболеваниях	76
Матюхина НВ Применение транскраниальной электростимуляции в лечении синдрома вегетативной дистонии у подростков, страдающих малой хореей	77
Миросшникова ВВ Цефалгии при первичной фибромиалгии	78
Мозговая ЕЭ, Григорянц СР, Давидян ВС, Стажаров МЮ, Мартемьянов ВФ Псориаз и ферменты пуринового метаболизма	79
Немцов БФ, Симонова ОВ, Политова НН Эффективность комбинированной терапии проспирином и метотрексатом и комбинации метотрексата и низких доз преднизолона при ревматоидном артрите	81
Никитина НВ, Зборовская ИА, Заводовский БВ, Юшкова ГВ, Труштина НБ Остеопороз как отдаленное последствие радиационного воздействия у ликвидаторов чернобыльской АЭС	82
Нурмухаметова РА, Давлетшин РА, Сафина АЗ, Давлетшина РА Влияние соматотропного гормона на кальциевый обмен у больных ревматоидным артритом	83
Петров ДЮ, Деревянко ЛИ, Новочадов ВВ, Маланин ДА, Черезов ЛЛ Хронический эндотоксикоз как фактор риска дегенеративно-дистрофической патологии суставов	84
Полянцева АА, Мозговой ПВ Фролов ДВ, Мунсар Аль-Джабри Влияние непрямого электрохимического окисления крови на показатели системы гемостаза у пациентов, страдающих облитерирующим тромбангиитом	85
Полянцев АА, Мозговой ПВ Фролов ДВ, Мунсар Аль-Джабри Состояние системы гемостаза и гемореологии у пациентов, страдающих облитерирующим тромбангиитом	87
Полянцев АА, Мозговой ПВ Фролов ДВ, Мунсар Аль-Джабри Результаты восстановительных сосудистых операций у больных с различной степенью активности облитерирующего тромбангиита	88
Порошин АВ, Курушина ОВ Медико-социальные особенности больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника	89
Поцелуйко СВ, Ломтатидзе ВЕ, Грошев ЮВ, Ким Н И Артроскопическое лечение больных с деформирующим артрозом коленного сустава на базе травматолого-ортопедического отделения МУЗ КБ №4 г Волгограда	90
Поцелуйко СВ, Ломтатидзе ВЕ, Грошев ЮВ, Ким НИ Применение артроскопических методов лечения травм и заболеваний коленного сустава на базе травматолого-ортопедического отделения МУЗ КБ № 4 г Волгограда	91
Родин АЮ, Давидян ВС, Бедина СА, Сапрыкин ИП, Надирадзе СБ, Мартемьянов ВФ Энзимный профиль крови у больных с ассиметричной формой псориазического артрита	93
Родин АЮ, Кудряков РШ, Карпова ОВ, Рогаткина ТФ, Левкина МВ, Хортиева СС Активность энзимов метаболизма пуринов у больных бляшечной склеродермией в зависимости от распространенности кожных поражений	94
Рыбак ВА, Бабушкин ЯХ, Сажин АФ Психогенные болевые синдромы в структуре первичной фибромиалгии	96
Рыбак ВА, Карпова ОВ, Бушкова СС Применение алфлутопа в комплексной терапии вертеброгенных болевых синдромов	97
Салман Расем, Сушук ЕА, Маслакова ЛА, Шипаева АЛ, Наджиб ИВ, Гонтарь ИП, Зборовский АБ Клинико-лабораторные ассоциации аутоантител к ферментам антиоксидантной системы при системной красной волчанке	98
Сафина АЗ, Давлетшин РА, Нурмухаметова РА Сравнительные данные методов иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции о наличии вирусов герпеса, микоплазмы и хламидии с глюкокортикоидной зависимостью у больных с ревматоидным артритом	100
Сивордова ЛЕ, Баракат Ахмад М Али, Кулиуш МА, Заводовский БВ, Зборовская ИА Взаимосвязь между антителообразованием к коллагенам I и II типов и развитием остеопороза у больных ревматоидным артритом	101

Симонова ОВ, Немцов БФ, Политова НН Влияние комбинированной терапии на показатели стабильных метаболитов оксида азота у больных псориатическим артритом	102
Симонова ОВ, Немцов БФ, Политова НН Клиническая эффективность комбинированной терапии проспидином и метотрексатом и монотерапии проспидином у больных ревматоидным артритом	103
Снигур ГЛ Редкий случай генерализованного некротизирующего васкулита	104
Соболев СБ, Чижов ПА, Комлева ТС Сезонные особенности клинико-лабораторных показателей у больных ревматической болезнью сердца в зависимости от наличия хронической сердечной недостаточности	105
Сороцкая ВН Основные причины летальности больных аутоиммунными ревматологическими заболеваниями	106
Сороцкая ВН Продолжительность жизни у больных с ревматологическими заболеваниями	107
Сороцкая ВН Онкологическая патология у больных ревматологическими заболеваниями	108
Сороцкая ВН Септические осложнения, как причины смерти, у больных ревматологическими заболеваниями	108
Сороцкая ВН Частота летальных исходов по причине инфекционного эндокардита у больных ревматологическими заболеваниями	109
Стажаров МЮ, Бедина СА, Надирадзе СБ, Аль Агбари Халед, Мартемьянов ВФ Особенности энзимного профиля крови у больных в активной фазе ревматизма в зависимости от недостаточности кровообращения	110
Старова ОВ, Гонтарь ИП, Александров АВ, Красильников АН, Трубенко ЮА, Сычева ГФ, Емельянов НИ, Зборовская ИА Поражение щитовидной железы при ревматических заболеваниях	111
Стовичек ОА, Чижов ПА Содержание оксипролина у больных остеоартрозом и сочетании его с гипертонической болезнью под влиянием терапии включающей милдронат	112
Сулейманова ГП, Грехов РА, Харченко СА, Кедрова ВЛ, Черкесова ЕГ Болевой синдром и некоторые особенности психологического статуса больных с синдромом первичной фибромиалгии	113
Сулейманова ГП, Грехов РА, Харченко СА, Кедрова ВЛ, Черкесова ЕГ Особенности формирования уровня субъективного контроля у больных с синдромом первичной фибромиалгии	115
Сулейманова ГП, Грехов РА, Харченко СА, Кедрова ВЛ, Черкесова ЕГ Взаимосвязь локуса контроля и клиническими симптомами у больных синдромом первичной фибромиалгии	116
Сухих ЕН Клиническое значение показателей стабильных метаболитов оксида азота у больных анкилозирующим спондилоартритом	117
Сушук ЕА, Салман Расем, Наджиб ИВ, Шипаева АЛ, Александров АВ, Сычева ГФ, Сизова МВ, Зборовская ИА, Гонтарь ИП Аутоантитела к ферментам-антиоксидантам при системных заболеваниях соединительной ткани	118
Тетерин ОГ, Егоров МФ, Баринев АС Оптимизация контроля величины коррекции варусной деформации коленных суставов	119
Ткаченко ИВ, Багирова ГГ Эпидемиология и спектр ревматических заболеваний у пациентов с соединительнотканной дисплазией сердца	120
Ткаченко ИВ, Багирова ГГ, Рогоцкий АГ Ультразвуковые варианты патологии клапанного аппарата сердца	121
Трофименко АС, Гонтарь ИП, Емельянова ОИ, Красильников АН, Шилова ЛН, Трубенко ЮА, Никитин МВ, Зборовская ИА Один из факторов, способствующих нуклеинемии в сыворотке крови больных системной красной волчанкой	123
Филипченко Е М Изучение распространенности и заболеваемости острой ревматической лихорадкой	124
Филипченко ЕМ Некоторые вопросы диагностики острой ревматической лихорадки	125

Филипченко ЕМ Проблемы диагностики острой ревматической лихорадки	127
Фофанова НА, Некрасова СП, Рогаткина ТФ, Бедина СА, Зборовский АБ Клинико-диагностическое значение исследования активности гуанин-дезаминазы, гуанозинфосфоорилазы, пуриннуклеозидфосфоорилазы в крови больных ревматизмом	128
Хайретдинов РК Геморрагический васкулит: патоморфоз кожного синдрома за последние 30 лет	129
Царенок СЮ, Росин ИВ, Костенко ОА Состояние процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных ревматизмом	130
Чернышева ТВ Возможности ультразвукового исследования позвоночника у больных с синдромом боли в нижней части спины	131
Чернышева ТВ, Журавлева МО, Багирова ГГ Качество жизни больных с синдромом боли в нижней части спины и фибромиалгии	133
Чернышева ТВ, Попова ЛВ, Багирова ГГ Сравнительная оценка показателей качества жизни у больных с острым и хроническим синдромом боли в нижней части спины	134
Чичасова НВ, Имамединова ГР, Шевченко ОВ Инъекционная терапия остеоартроза	135
Чураков ОЮ, Майоров АА, Смирнова ЕА, Марусина ИВ Толщина комплекса интима-медиа и состояние мозгового кровотока у больных ревматоидным артритом	139
Шарипова ИА, Давлетшин РА Содержание пролактина (ПРЛ) у женщин репродуктивного возраста, больных ревматоидным артритом (РА)	140
Шилкина НП Лабораторные показатели активности процесса при ревматических заболеваниях	141
Эйд Риад, Крылов ГЮ, Баранова ЭЯ, Парусова НИ Эффективность препарата «Артрофоон» в терапии больных ревматоидным артритом	142

Кардиология

Алабердин СВ, Дульский ВА Уровень функционирования системы кровообращения в период ночного сна у 41 больного с опухолями надпочечных желез в Восточно-Сибирском регионе	144
Басиев ЗГ, Басиева ОЗ Возрастные аспекты сердечно-сосудистой патологии при obstructивных болезнях органов дыхания	145
Басиев ЗГ, Басиева ОЗ, Зембатова ТС Внутривенная лазерная терапия при ишемической болезни сердца у больных инфекционно-зависимой бронхиальной астмой	146
Басиев ЗГ, Басиева ОЗ, Кусаева АМ, Задиева ИН Эхокардиография у больных бронхиальной астмой	148
Белитченко НВ Патоморфология миокарда у лиц, поражённых вирусом простого герпеса	149
Благинина МЮ, Гафаров ВВ Инфаркт миокарда и внезапная смерть (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «регистр острого инфаркта миокарда», «моника»	150
Благинина МЮ, Гафаров ВВ, Лбов ГС Математический критерий прогнозирования внезапных исходов у больных, перенесших инфаркт миокарда на базе программы ВОЗ «регистр острого инфаркта миокарда», «моника» (эпидемиологическое исследование)	151
Блинова А В, Избенко НЛ, Макарова ВИ, Перова МВ Артериальная гипертензия и структурно-функциональное состояние левого желудочка у детей и подростков	152
Гаглоева ИВ, Симерзин ВВ, Борискин ПВ, Иванов ВС, Зотова ЕН, Новокшенова ИВ, Шарафутдинова ЮМ Фармакоэкономические особенности оптимизации лечения больных пожилого возраста с мягкой артериальной гипертензией	154

Гаглоева ИВ, Симерзин ВВ, Кожяева МА, Новокшенова ИВ, Иванов ВС, Соснова ЮГ, Зотова ЕН Стратификации риска у больных стенокардией, старше 60 лет	155
Гаглоева ИВ, Симерзин ВВ, Новокшенов ВС, Зотова ЕН, Новокшенова ИВ Работа областного «Центра по лечению и профилактике атеросклероза и дислипидемий» клиник СамГМУ	156
Гаглоева ИВ, Симерзин ВВ, Тухбатова АА, Соснова ЮГ, Зотова ЕН, Иванов ВС, Новокшенова ИВ, Тухбатова ГА Эффективность и безопасность гиполипидемической фармакотерапии у больных стенокардией напряжения	157
Гафаров ВВ, Гагулин ИВ, Гафарова АВ Профессиональные уровни и их связь с сердечно-сосудистой патологией	159
Гафаров ВВ, Гагулин ИВ, Гафарова АВ Социальная поддержка, психосоциальные факторы и ИБС	159
Гафарова АВ, Гафаров ВВ, Гагулин ИВ Семейное положение и его связь с сердечно-сосудистой патологией	160
Гафарова АВ, Гафаров ВВ, Гагулин ИВ Уровень образования и его связь с сердечно-сосудистой патологией	161
Гитинов НА, Эфендиева Г Т*, Магомедов ЮС, Девришбекова СВ Эффективность выявления патологии сердечно – сосудистой системы при диспансеризации подростков с применением скрининг -тестирования	162
Гольдштейн АС, Тухбатова АА, Скрипник ИВ, Круглов ВН Аспекты лечения гипертонической болезни: врач, пациент, фармакоэкономика	163
Горбунова МЛ Влияние психофизиологических особенностей на уровень артериального давления у больных артериальной гипертензией	164
Давыдкин ИЛ, Павлов ВВ, Березин АВ, Селезнев ЕИ, Данилова ОЕ, Васильева ИФ, Дьячков ВА Метод оценки резистентности к окислению белков липопротеинов низкой плотности крови у больных постинфарктным кардиосклерозом	165
Давыдов СИ, Бабаева АР Значение метода определения уровня антител к гликозаминогликанам для ранней лабораторной диагностики острого коронарного синдрома	166
Дзилихова КМ, Хестанова СЧ, Калоева ЗД, Дзгоева МГ, Леванова ФМ, Шавлохова АК, Дзгоева ЗГ Функциональные кардиопатии у подростков с первичной артериальной гипотензией	167
Дульский ВА, Алабердин СВ Адаптационный потенциал периода бодрствования у 41 больного с опухолями надпочечных желез в Восточно-Сибирском регионе	168
Думлер ЭА, Каспаров ЭВ, Клеменков СВ, Нор ОВ, Сифоркина ЛН Влияние курсового применения подводного душа массажа на физическую работоспособность больных ишемической болезнью сердца в санаторных условиях	170
Епифанов ДЕ, Кузнецов АВ, Палаткина ТИ, Коротков ДА, Мишенев ВВ Лечение острого коронарного синдрома	171
Иванникова ОА, Трубочева ИА, Зяблов ЮИ Опыт организации школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в условиях кардиологического диспансера	172
Ильиных АА, Нагаева ТА Сердечно-сосудистые нарушения как отдаленные последствия перинатальных травм центральной нервной системы у детей	173
Кильдибекова РН, Резяпова ЭР, Смирнов АВ Динамика показателей вариабельности сердечного ритма у больных с артериальной гипертензией	174
Кильдибекова РН, Резяпова ЭР, Смирнов АВ Клиническое значение длительности и вариабельности интервалаqt и значения величины чсс и ее вариабельности в диагностике артериальной гипертензии	176
Кирпичева ГН, Симерзин ВВ, Кузнецов ГП, Гаглоева ИВ, Стремедловская ТВ Инструментальная диагностика гипертрофической кардиомиопатии	177

Кирпичева ГН, Симерзин ВВ, Кузнецов ГП, Гаглоева ИВ, Стремедловская ТВ Особенности фармакотерапии больных гипертрофической кардиомиопатией	178
Кирпичева ГН, Симерзин ВВ, Кузнецов ГП, Стремедловская ТВ Клиническая и физикальная диагностика гипертрофической кардиомиопатии	180
Кирпичева ГН, Симерзин ВВ, Стремедловская ТВ Многофакторный анализ состояния качества жизни больных гипертрофической кардиомиопатией	181
Клеменков АС, Каспаров ЭВ, Думлер ЭА, Клеменков СВ, Сифоркина ЛН Влияние курсового применения подводного душа массажа и физических тренировок на физическую работоспособность больных ишемической болезнью сердца в санаторных условиях	182
Клеменков СВ, Каспаров ЭВ, Думлер ЭА, Кубушко ИВ, Клеменков АС Влияние подводного душа массажа на нарушение ритма больных ишемической болезнью сердца в санаторных условиях	183
Крюков НН, Жестков АВ, Родимова МВ Современные проблемы лечения антигипертензивными препаратами больных гипертонической болезнью	184
Кубушко ИВ, Каспаров ЭВ, Клеменков СВ, Думлер ЭА, Нор ОВ Влияние подводного душа массажа и физических тренировок на нарушение ритма больных ишемической болезнью сердца в санаторных условиях	185
Лебедев ПА, Лукина НИ, Власова СП, Кондрашова ЕА Ремоделирование и реактивность артерий у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей	186
Лекарева ИВ, Бабаева АР Диагностическое значение определения сывороточных гликозаминогликанов при пролапсе митрального клапана	187
Мифтяхова РИ, Ускова АН, Симерзин ВВ, Хакимова ДМ, Гаглоева ИВ, Иванов ВС, Тухбатова АА Оптимизация реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда	189
Мухамеджанова ЛР Микроэлементный портрет костной ткани челюстей кардиологических больных, отягощенных очагами инфекции в пародонте	190
Новочадов ВВ, Соснин ДА, Марков ДЕ, Фролов ВИ Морфофункциональная характеристика миокарда при хроническом эндотоксикозе на фоне вегетативного дисбаланса	191
Округин СА, Зяблов ЮИ Летальность больных острым инфарктом миокарда в Томске Восемнадцатилетняя динамика	192
Поляков ВП, Горячев ВВ, Панина ЛЮ, Платонова ИП, Гришина ЛВ Хирургическое лечение терминальных форм дилатационной кардиомиопатии	193
Поляков ВП, Хохлунов СМ, Мифтяхова РИ, Симерзин ВВ, Сальченко ВА, Гаглоева ИВ, Тухбатова АА, Иванов ВС Эффективность плазмафареза у больных стабильной стенокардией, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования	195
Руденко ВГ, Багманова ЗА, Закирова АН, Файзуллин РН, Валеев ИГ Оценка внутрисердечной гемодинамики и индекса мощности левого желудочка у больных с пароксизмальной и хронической мерцательной аритмией	196
Савельева ГГ, Павлова ТВ, Гвоздовская ТН Оценка результатов лечения артериальной гипертонии с помощью суточного мониторирования артериального давления	197
Сальченко ВА, Гаглоева ИВ, Симерзин ВВ, Тухбатова АА, Мифтяхова РИ, Новокшенова ИВ, Зотова ЕН, Тухбатова ГА Эффективность плазмафареза у больных стенокардией с повышенным содержанием в крови липопротеида (а)	199
Сальченко ВА, Мифтяхова РИ, Гаглоева ИВ, Иванов ВС, Симерзин ВВ, Тухбатова АА, Зотова ЕН, Тухбатова ГА Экстракорпоральная гемокоррекция влечении больных стабильной стенокардией	200
Симерзин ВВ, Кузнецов ГП, Панина ЛЮ, Платонова ИП, Гришина ЛВ Инструментальная диагностика дилатационной кардиомиопатии	201
Симерзин ВВ, Кузнецов ГП, Панина ЛЮ, Платонова ИП, Гришина ЛВ Лечение сердечной недостаточности у больных ДКМП	203

Симерзин ВВ, Кузнецов ГП, Панина ЛЮ, Платонова ИП, Гришина ЛВ Риск-стратификация больных дилатационной кардиомиопатией	204
Соколов БВ, Мифтяхова РИ, Зильберман ЭС, Симерзин ВВ, Хакимова ДМ, Фельдман МС, Гаглоева ИВ Клинико-морфологические предикторы разрыва сердца при инфаркте миокарда	205
Соснова ЮГ, Мифтяхова РИ, Ускова АН, Гаглоева ИВ, Симерзин ВВ, Кожаяева МА Специализированный стационар дневного пребывания для больных стабильной стенокардией напряжения	207
Сурова АМ, Самолова РГ, Тагирова ФН, Салимгареева ЗМ, Фахретдинова ЕР Диратон в амбулаторном лечении больных гипертонической болезнью	208
Суслопарова МВ, Тарловская ЕИ Взаимосвязь ремоделирования левого желудочка и вариабельности ритма сердца у пациентов с артериальной гипертонией I-II степени на фоне терапии лизиноприлом	209
Татаркина Н Д, Татаркин А А Артериальная гипертензия у пациентов с синдромом недифференцированной соединительнотканной дисплазии	210
Толокольников ВА Патоморфологические изменения миокарда и эндокарда мышей зараженных вирусом лихорадки Западного Нила	211
Трисветова ЕЛ, Бова АА Малые аномалии сердца как фактор риска развития сердечной недостаточности	212
Уланова ВИ, Мазуров ВИ Системная энзимотерапия в комплексном лечении инфекционного эндокардита	213
Уланова ВИ, Мазуров ВИ, Козлович ИВ Варианты течения инфекционного эндокардита и прогнозирование их осложнений	214
Уланова ВИ, Цинзерлинг ВА Мазуров ВИ Клинико-морфологические особенности инфекционного эндокардита у ВИЧ-инфицированных больных	215
Филиппченко ЕМ Применение разгрузочно-диетической терапии при лечении гипертонической болезни	216
Филиппченко ЕМ Изучение динамики заболеваемости острым инфарктом миокарда в муниципальной поликлинике № 3 гКраснодара	217
Фролова ТА, Верблани НА Диагностическое значение дополнительных хорд в полости левого желудочка	218
Хлебодаров ФЕ, Михин ВП, Забелина ИВ, Чернятина МА Влияние комбинированной терапии мексикором и диратоном на дневной профиль артериального давления	220
Хохлунов СМ, Мифтяхова РИ, Зильберман ЭС, Симерзин ВВ, Фельдман МС, Хакимова ДМ, Соколов БВ, Иванов ВС Принципы фармакотерапии больных инфарктом миокарда	221
Чижов ПА, Рышкевич АВ Уровень астении, нарушения сна и показатели иммунитета при соединительнотканых дисплазиях сердца	222
Чижова МП, Чижов ПА, Баранов АА Синдром вегетативной дисфункции, иммунологические нарушения и обмен оксипролина у лиц с соединительнотканными дисплазиями сердца	223
Шмелев ЭН, Борзенко АС, Таипов ИМ Изменения сердца при туберкулезе, по данным патоморфологического исследования за 15 лет (1988-2002 гг)	224
Щукин ЮВ, Солдатов ОА, Капишников ПА Возможности коррекции морфофункциональных изменений гипертензивного сердца периндоприлом у больных постинфарктным кардиосклерозом	226
ЮБИЛЕЙ (к 75-летию со дня рождения Александра Борисовича Зборовского)	228
СОДЕРЖАНИЕ	230

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ И КАРДИОЛОГИИ

Сборник научных работ (выпуск XXI)

Под редакцией
академика РАМН А. Б. З б о р о в с к о г о

Научный редактор
В. Ф. М а р т е м ь я н о в

Ответственные за выпуск
М. Ю. С т а ж а р о в, Е. Э. М о з г о в а я

ГУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН»
400138, Волгоград, ул.Землячки 76

Подписано в печать 24.03.2004
Бумага офсетная. Гарнитура Verdana, Times. Печать офсетная.
Формат 60х84/16. Физ. печ. л. 15. Усл. п. л. 13,95.
Тираж 500 экз. Заказ №6

Отпечатано в ФГУП ИПК «Царицын»
400131, Волгоград, ул. Коммунистическая, 11