КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.М. КИРОВА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ ИМЕНИ С.П.БОТКИНА

РОО «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА»

МОЛЧАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ–2017

Всероссийский междисциплинарный конгресс

14–15 апреля 2017 года
Санкт-Петербург

Молчановские чтения–2017 / Материалы Всероссийского междисциплинарного конгресса. 14-15 апреля 2017 года. – СПб.: ВМедА, 2017. – 182 с.

В сборнике представлены материалы докладов, отобранные научно-организационным комитетом для рассмотрения в рамках Всероссийского междисциплинарного конгресса «МОЛЧАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ–2017» (14-15 апреля 2017).

Сборник рекомендован кардиологам, пульмонологам, эндокринологам, терапевтам, а также специалистам смежных областей клинической и экспериментальной медицины и организаторам системы здравоохранения Российской Федерации.

© Коллектив авторов, 2017

МОЛЧАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2017

Всероссийский междисциплинарный конгресс «МОЛЧАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2017» посвящен Николаю Семеновичу Молчанову – академику АМН СССР, Заслуженному деятелю науки РСФСР, Герою Социалистического труда, генерал-лейтенанту медицинской службы, выдающемуся клиницисту, педагогу, ученому с мировым именем, видному общественному деятелю.

Н.С. Молчанов отличался удивительной широтой научных интересов и внес значительный вклад почти во все разделы внутренней медицины. Ему принадлежат фундаментальные исследования в области пульмонологии, кардиологии, военно-полевой терапии. Он с честью представлял отечественную медицину за рубежом, выступая на международных конгрессах и съездах.

Наряду с тем, что в последние годы значительно расширились возможности инструментальной, лабораторной диагностики, появились новые инновационные технологии, врачи сталкиваются с определенными трудностями в связи с изменениями клиники и течения ряда заболеваний. Примером является агрессивное течение пневмоний, которыми так много занимался Н.С. Молчанов. Наблюдается увеличение числа больных бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца с нарушениями ритма и формированием сердечной недостаточности. Наиболее остро стоят вопросы ранней диагностики, комплексного лечения, профилактики заболеваний.

Всероссийский междисциплинарный конгресс, проводимый в честь академика Н.С. Молчанова, посвящен проблемам пульмонологии, кардиологии, эндокринологии. Основное внимание уделено практическим вопросам диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний в этих разделах внутренних болезней. Характерный для настоящего времени все усложняющийся диагностический и лечебный процессы требуют от врача-терапевта не только большого объема фактических знаний, но и умения клинически мыслить, сопоставлять многочисленные клинические, инструментальные и лабораторные данные, формировать индивидуальный, подчас очень сложный диагноз, присущий современным больным.

Будем надеяться, что вопросы, затронутые в многочисленных докладах и представленные в тезисах, помогут врачам-терапевтам, врачам других специальностей в их нелегком труде.

ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ ПОД МАСКОЙ СЕРОНЕГАТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Шкодкин И.В., Ягашкина С.И.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова. Санкт-Петербург

Развитие инфекционного эндокардита (ИЭ) предполагает тяжелое течение или возникновение гнойно-септического процесса с последующим поражением эндокарда, клапанов сердца и, нередко, под клапанных структур [1,2]. Поэтому в клинической практике очень важно оценить характер течения воспалительной реакции, связанной с наблюдаемым в настоящее время инфекционным процессом (пневмонии, флегмоны, аппендицит гнойный локальный или чаще, с признаками перитонита, остеомиелит, открытые раны и переломы, трещины кожи и мозоли, текущие латентные инфекции мочевыводящих путей на фоне сахарного диабета или использования глюкокортикостероидов и цитостатических средств, а также у больных с онко- и гематологической патологией). Именно внимательный осмотр больного, тщательно собранный анамнез и анализ его с оценкой выявленных отклонений в общесоматическом и нервно психическом состоянии позволит выявить нарушения, которые помогут, в итоге, определить пути адекватного обследования и диагностировать ИЭ [1,2,3]. Каждый клинический случай с особенностями развития и течения ИЭ представляется значимым как в научном плане, так и для практической медицины поскольку, прежде всего, помогает молодым специалистам ориентироваться при проявлениях лихорадки и/или суставного синдрома «неясного генеза» [2,4].

Приводим клиническое наблюдение.

Больной С., 37 лет, поступил в ревматологическое отделение ЛОКБ с диагнозом Серонегативный ревматоидный артрит.

При поступлении предъявлял жалобы на боли в коленных суставах, а также небольшую припухлость в пальцах стоп (ПФС 2-4 п. симметрично), боли в мышцах бедер, усталость и тяжесть в ногах. По утрам была скованность в суставах до двух часов. К вечеру температура тела периодически повышалась до 37,1-37,20С, похудел на 4 кг в последние 4 месяца.

Из анамнеза. В сентябре отмечал повышение температуры тела до 38 градусов в течение трех суток, что расценил как проявления

ОРВИ. Принимал АЦЦ и антигриппин в течение нескольких дней. Анализов крови не контролировал. С этого времени стал замечать нарастание слабости, потерю массы тела, а затем появилась одышка при ходьбе, которой ранее не было. С 01.10 по 05.10.2015 года обследован в терапевтическом отделении местной больницы с диагнозом: Болезнь оперированного желудка (резекция в 2006году). Гастрит культи, анастомозит. Тяжелая В12- дефицитная анемия. С 25.12.2015 года по 04.01.2016 года находился на лечении в ЦРБ. При поступлении беспокоили сильная слабость, чувство онемения рук, боли в мелких суставах рук и ног, скованность в суставах по утрам. Отмечал, что в течение двух недель наблюдалась лихорадка до 38 градусов, но самочувствие стало ухудшаться 1,0 -1,5 месяца назад после перенесенного "ОРВИ". В ЦРБ выявлена высокая лабораторная активность и был выставлен диагноз: Ревматоидный артрит, активность III ст. Хроническая В12- дефицитная анемия тяжелой степени. Болезнь оперированного желудка. ВПС. Бикуспидальный АК с АН до 3ст (ЭХОКГ от 12.10.2015). В связи с отсутствием эффекта от лечения в ЦРБ больной направлен в ЛОКБ на консультацию и был госпитализирован в ревматологическое отделение 14.01.2016года.

(Анализ анамнеза: В октябре 2015 года впервые появились боли в ГСС, ПФС, ПМФС обеих стоп, их отечность, скованность в них. По месту жительства получал диклофенак, но улучшения не отмечал, был направлен к ревматологу ЛОКБ: (проводилось обследование: АНФ менее 1/160, HLA-B27 - отрицательно, АНЦА – 10,27 (норма до 1:40), а также обследование по месту жительства с целью исключения онкопатологии (ФГДС - 07.10.2015, ФКС- 13.10.2015 – органической патологии не выявлено). В течение последующего месяца выполнено ЭхоКГ с последующей консультацией кардиологом, но несмотря на небольшое прогрессирование ХСН, одышки при ходьбе и признаков АН до 3ст диагностические представления оставались прежними: наиболее вероятным представлялся диагноз ревматоидного артрита. Больной госпитализирован для интенсификации лечения, на фоне которого самочувствие несколько стабилизировалось, однако периодически сохранялся субфебриллитет. После поездки домой температура тела повысилась до 37,4-7ОС, что было расценено как ОРЗ (получал ципрофлоксацин, витамины, бромгексин). Субфебриллитет сохранялся, но при подробном распросе пациент отмечал периодические познабливания

в вечерние часы. Кроме того, в аускультативной картине появился грубый систолический шум на основании сердца, иррадиирующий в т. Боткина и на верхушку сердца, что обычно при бикуспидальном АК встречается у пациентов после 50-60 лет, когда формируется АС, как правило, атеросклеротического генеза. У больного при обычной АН должен был бы выслушиваться только диастолический шум над аортой, выявление систолического шума могло указывать (с учетом данных анамнеза и особенностей клиники), на наличие инфекционного эндокардита (конгломерата вегетаций на структурах АК). В результате проведенного дообследования: (см. данные ЭхоКГ от 01.02.16) был установлен клинический диагноз: вторичный подострый инфекционный эндокардит, акт 2. Недостаточность АК 3 ст. Недостаточность МК 1ст. ВПС: бикуспидальный аортальный клапан. Осложнения: СН 2 степени и ЛГ-1. Сопутствующий диагноз: язвенная болезнь желудка. Состояние после резекции 2/3 желудка по Бильрот-2 в 2006 году. Хроническая железодефицитная анемия тяжелой степени.

Результаты обследования:

1.ЭКГ от 14.01.2016. Синусовый ритм. ЧСС-88 уд. в 1 мин. Увеличение Q -T. Неполная блокада левой ножки п. Гиса, вероятно, как проявления фиброзных изменений передне - перегородочной области. Дизэлектролитные нарушения. Выраженная гипертрофия левого желудочка. ЭКГ от 01.02.2016. Без динамики по сравнению с 14.01.16.

2.ЭХО-КГ от 01.02.2016. Бикуспидальный аортальный клапан. Признаки инфекционного эндокардита на АК, МК, вегетации разных размеров, в том числе крупные флотирующие не кальцинированные. Тяжелая АН-3ст, МН-1ст. Значительная дилатация левого желудочка. Выраженная эксцентрическая гипертрофия левого желудочка. Легочная гипертензия 1ст.

3. 14.01.2016. Рентгенография кистей: суставные щели умеренно сужены. Единичные кистовидные просветления в головках пястных костей. Эрозий нет.

4.КТ- ОГК от 15.01.2016: свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Эмфизема легких. Гиподенсные образования селезенки (кисты?, рекомендуется УЗИ – органов брюшной полости для уточнения диагноза.

5.УЗИ органов брюшной полости от 20.01.2016 г. Умеренное повышение эхогенности печени, гепатомегалия (+3см).

Спленомегалия (15,2х7,2см). Структура однородная.

6. Посев крови на стерильность от 01.02.2016. Выявлен Streptococcusalactolyticus, чувствительный к доксициклину, левофлоксацину, эритромицину, бензилпенициллину, ванкомицину.

7. Повторный посев крови на стерильность- 02.02.2016 (роста микрофлоры нет). 8.ФЭГДС от 03.02.2016. Резецированный желудок по Бильрот-2. Инфильтративное утолщение слизистой культи и анастомоза-лимфома? Рак?

9. Биопсия слизистой желудка от 03.02.2016: в биоптатах картины хронического атрофического гиперпластического гастрита с умеренным воспалительным компонентом, с тенденцией к образованию гиперпластических полипов. Признаков рака и лимфопролиферативного поражения культи желудка не определяется.

При анализе результатов лабораторно - инструментальных методов исследования данных за РА не получено (РФ – отрицательно, АЦЦП - отрицательно, рентгенография кистей – типичных признаков РА нет). Суставной синдром расценен, как вторичного генеза, возникший на фоне развития основного заболевания (ИЭ). Назначена адекватная антибактериальная и метаболическая терапия, препараты железа, на фоне которой, прошли признаки артритов\артралгий и миалгий, повысился гемоглобин. На фоне дальнейшего консервативного лечения заметно снизились показатели активности воспалительного процесса. В связи со стабилизацией состояния больной переведен в кардиохирургическое отделение ЛОКБ, где успешно прооперирован: выполнена резекция (санация) патологически измененного АК с конгломератом вегетаций, вшит протез АК, проведена санация МК. Послеоперационный период протекал без осложнений, на фоне заметного улучшения самочувствия больной выписан домой для наблюдения по месту жительства.

Обсуждение. Известно, что больной перенес резекцию желудка в 2006 году. (Со слов больного были боли в эпигастральной области и дёгтеобразной стул). В послеоперационном периоде развилась внутрибольничная пневмония с мета пневмоническим гнойным плевритом. Были установлены дренажи, получал массивную а/б терапию в условиях ОРИТ. С этих пор всегда был астенического типа телосложения. При возникновении ОРЗ или ОРВИ, в последующие годы, никогда не наблюдал повышения температуры до высоких цифр (выше 38,0С). С учетом врожденного порока сердца

не занимался тяжелым физическим трудом, но умеренные нагрузки переносил хорошо. Систематического наблюдения за больным, перенесшим резекцию желудка, не проводилось. Поэтому у пациента развилась тяжелая В12-дефицитная анемия, при которой отмечаются множественные полиневритические и сенсорные нарушения. Обнаруживают фуникулярный миелоз и гематологические изменения. Естественно, что на этом фоне развилась "гипореактивность" и поэтому не было яркой картины инфекционно-токсической фазы ИЭ и "температурных свечек " с колебаниями температуры до одного и более градусов, что характерно для септических состояний. Токсико-инфекционное воздействие привело к миалгиям, снижению веса, потере трудоспособности, нарастанию слабости. На этом фоне произошло увеличение уровня С- реактивного белка (выше 70), появился небольшой нейтрофильный сдвиг влево (с появлением незрелых гранулоцитов до 0,3, а в периферической крови выявлена, даже, одна плазматическая клетка с одновременной лимфоцитопенией и нормальным общим числом лейкоцитов.

Анализ представленного клинического случая свидетельствует, что у больного на фоне гипореактивного состояния, при тяжелой степени течения железо- и В12-дефицитной анемии (с неврологическими и гематологическими нарушениями) произошло атипичное развитие септического осложнения. Латентная интоксикация обусловила появление суставного синдрома, который напоминал развитие серонегативного ревматоидного артрита. Высокочувствительный маркер раннего ревматоидного артрита (титр антител к цитрулин содержащему пептиду) был отрицателен. Вполне вероятно, что выявляемый ранее повышенный уровень РФ (ревматоидный фактор) связан с иммунологическими перестройками, направленными на блокирование Streptococcusalactolyticus.

У нашего пациента мы имеем пример вторичного вовлечения суставов в патологический процесс, который на фоне атипичной клинической картины ИЭ напоминал ревматоидный артрит. Однако характер проявлений суставного синдрома, двухнедельная лихорадка до 380 С у больного с ВПС и выраженной АН до 3ст. (не 2-3как ранее) и изменение аускультативной картины сердца, дополненные ЭхоКГ- исследованием, привело к диагностике ИЭ с множественными (в том числе, крупных, флотирующих типа "теннисной ракетки") вегетациями. Крупные вегетации в проекции

бикуспидального АК (с АН до 3ст.) обусловили появление систолического шума.

Литература

1. Тюрин В.П. Инфекционные эндокардиты.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013, 368 с.

2.Таранова М.В., Белокриницкая О.А. Козловская Л.В, Мухин Н.А. "Маски" подострого инфекционного эндокардита. // Тер.архив.-1999.-№1.- С. 47 - 50.

3.Буткевич О.М., Виноградова Т.Л. Актуальные проблемы инфекционного эндокардита: обзор литературы и собственные данные.//Тер.архив.-1982.- №6.- С.147 - 151.

4.Ребров А.П., Пономарева Е.Ю., Белова А.А. Инфекционный эндокардит: качество диагностики и клинические особенности.// Тер.архив.-2000.-№ 9.-С. 50-53.

5. Платов С.Е. Инфекционный эндокардит у военнослужащих молодого возраста: современное состояние проблемы / С.Е. Платов, С.А. Белякин, Н.Н. Рыжман, А.Н. Лищук// Вестник РВМА. – 2011. - №4(36). – С.17-20.

ДИАГНОСТИКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Филиппович А.Н.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучить влияние пищевой аллергии на патогенез и клиничекую картину у больных рассеянным склерозом.

Клиническая диагностика рассеянного склероза РС основана на учете анамнестических данных, динамики нарастания оптических, пирамидных и мозжечковых симптомов. При заинтересованности трех сфер ставится диагноз типичной формы РС [13-16]. В случаях преобладания нижнего спластического парапареза с нарушениями функции тазовых органов диагностируется спинальная форма РС [2-8]. Однако при клинической диагностике не учитывается и не объективизируется роль пищевой аллергии, которая имеет важное значение в патогенезе обострений и ремиссий РС [1,9-12].

Целью исследования явились разработка основных критериев диагностики пищевой аллергии и оценка ее роли в патогенезе заболевания.

Материалы и методы.

В исследование включено 102 больных РС и расширенная контрольная группа (доноры- 27 человек и 32 больных РС с отсутствием у них пищевой аллергии).

При диагностике заболевания использованы международные критерии РС (Mc.Donald.e.a.2001). Из дополнительных методов применялись магнитно-резонансная томография головного, спинного мозга, нейроофтальмологическое и отоневрологическое обследование. Достоверность диагноза РС у большинства больных подтверждалась динамическим наблюдением за ними в течение 2-5 и более лет.

Заболевание чаще выявлялось у женщин (63; 61,8%) и реже – у мужчин (39;38,2%). Большинство больных были трудоспособного возраста (21-55 лет), средний возраст составил 29,8 лет. Длительность заболевания до 5 лет наблюдалась у 34 и свыше 5 лет – у 68 больных.

Диагностика пищевой аллергии у больных РС основана на учете анамнестических данных, наличии аллергических реакций на отдельные виды продуктов (молоко, казеин, сельдерей, томаты и др.). Оценивалось в динамике за 3-5 и более лет наличие эозинофилии в крови больных РС, которая постепенно нарастала.

Пищевая аллергия у больных РС постепенно приводила к утяжелению симптомов заболевания (оптических, координаторных, пирамидных) и потере трудоспособности, особенно при необоснованном назначении глюкортикоидной терапии. Среди них вторую группу инвалидности имели 26 (25,5%), третью – 19(18%) больных сохраняли трудоспособность 57(55,9%) больных. В клинической картине преобладал ремитирующий РС (85 чел; 83,3%), реже – вторично прогрессирующий рассеянный склероз (17 чел; 16,7%).

По степени тяжести больные подразделялись следующим образом: без клинических признаков явного обострения РС (13 чел;12,7%), с медленным хроническим течением, редкими ремиссиями (29 чел.; 28,5%), с явным обострением прогресса по клиническим признакам (45 чел.; 44,1%) и частыми обострениями с быстрым нарастанием неврологических симптомов (15 чел; 14,7%).

Наиболее частыми симптомами РС были двигательные расстройства. Парезы нижних конечностей различной степени выраженности наблюдались у 89 (87,2%) больных преимущественно с повышением мышечного тонуса по спастическому типу.

Координаторные нарушения выявлялись также довольно часто (89; 87,3%) с интенционным дрожанием различной степени выраженности (84; 82,4%), атаксией при выполнении пяточно-коленной (61; 59,8%) и пальце-носовой (72; 70,6%) проб, атактической походкой (59; 57,8%0 больных).

Среди чувствительных нарушений при РС часто преобладали расстройства поверхностных видов чувствительности (74;72,5%) и отдельно вибрационной (83;81,4%).

Зрительные нарушения наблюдались у 75 (73,5%) больных со снижением остроты зрения, сужением полей зрения на цвета, наличием скотом, признаками скрытой диплопии.

Нарушения функции тазовых органов отличались расстройствами мочеиспускания в виде императивных позывов (45;44,1%) или недержания мочи (29; 28,4% больных).

Изменения со стороны вегетативных функций встречались у 65 (63,7%) больных, проявлялись чувством жжения или похолодания конечностей, повышенной потливостью, реже сухостью с гиперкератозом кожи кистей и стоп.

Психические нарушения наблюдались у 67 (65,7%) больных с преобладанием эмоциональных отклонений: повышенной раздражительностью, потливостью, быстрой сменой настроения, снижением интеллекта.

Следовательно, длительное течение заболевания с полиморфизмом клинических симптомов свидетельствует о целесообразности целенаправленного сбора аллергологического анамнеза, применении дополнительных методов обследования демиелинизирующего процесса, а также наличия пищевой аллергии.

В этой связи для оценки стадии активности и тяжести течения демиелинизирующего процесса, выявления пищевой аллергии, наряду с динамикой клинической картины, использовался комплекс дополнительных методов: магнитно-резонансная томография головного мозга, IgE в сыворотке крови на 20 основных пищевых продуктов (AssayReportPanel 3 v 40 RUS, RIDA, X-Screen).

Всем исследуемым выполнялось МРТ- исследование головного, спинного мозга как с установленным диагнозом так и при подозрении на РС. МРТ- исследование осуществлялось на аппаратах «Гиросканm-5-2 фирмы «Filips» с резистивным магнитом и напряженностью магнитного поля от 1,5 Тесла. Использовались импульсные последовательности многократного и спинового ЭХО, срезы

толщиной 4 и 5 мм и многоосевое исследование. Количественный и качественный анализ МРТ- данных проводился в Е1 и Е2 – режимах в SE последовательностях.

Оценка иммунного статуса осуществлялась общепринятым методом. Определялся популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов методом фенотипирования их в тестах розеткообразования с частицами, покрытыми моноклональными антителами против СД антигенов: СД3 +(Т-супрессоры), СД4 +(Т-хелперы), Т-лимфоциты (Е-РОК)%, Т-лимфоциты(М-РОК)% 109л. Рассчитывали иммунорегуляторный индекс (ИРИ) – соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров. В тестах розеткообразования применялись соответствующие СД-диагностикумы.

В сыворотке крови определялось содержание иммуноглобулинов класса А, М, G и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

При анализе полученных данных учитывалась динамика клинических симптомов РС, данные МРТ головного мозга, показатели иммунограмм, IgE и эозинофилия крови. При оценке иммунологических показателей учитывались следующие параметры пищевой аллергии: 0 – отсутствие или ниже порога [0,80 – 0,34 IV/ml], 1 – пороговый уровень [0,35 – 3,49 IV/ml], второй уровень увеличенный [3,50 – 3,49 IV/ml], третий – значительно увеличенный [3,50 – 17,49 IV/ml], четвертый – высокий [17,5 – 49,9 IV/ml], пятый – очень высокий [50,0 – 100 IV/ml], исключительно высокий [>100,0 IV/ml], (RIDA – X – Screen).

На МРТ головного мозга у 55(53,93) больных (первая группа) выявлялись преимущественно очаги пониженной плотности в Т-1W и единичные очаги, повышенной плотности в Т-2W режимах. Содержание IgE в сыворотке крови у них оказалось без существенных изменений, эозинофилии в крови не выявлено. В таких случаях при нарастании координаторных, оптических нарушений обоснованно ставился диагноз истинного обострения ремитирующего рассеянного склероза (РРС).

Вторую группу составили 47 (46,1%) больных РРС, у которых на МРТ имело место преобладание перивентикулярных очагов (1-3мм) повышенной плотности в Т-2W режиме, что свидетельствовало об отсутствии обострения РС. Однако содержание IgE в сыворотке крови у них оказалось достоверно повышено, как на пороговом (20 чел., 42,6%), так и при умеренном (13;27,7%) и

значительном его увеличении. В динамике клинической картины отмечалось медленное нарастание двигательных, оптических, координаторных нарушений, что было расценено нами как ложное («псевдообострение») обострение РС.

В этой группе больных выявлены наиболее аллергозначимые пищевые продукты, часто употребляемые населением Республики Беларусь. Среди них F2 молоко (0,5±0,08; P<0,01 у 10 (9,9%); 1,48±0,07; P<0,001 у 30(29,4%); 5,38±0,75; P<0,05 у 17(16,7%); 1,5±0,07; P<0,01 у 28(27,5%); 6,34±0,77; P<0,001 у 5(4,9%)чел.;); F12 арахис (0,48±0,08; P<0,05 у 16(15,7%); 1,15±0,07;P<0,001 у 7(6,9%чел.); F31 морковь (0,05±0,06;P<0,05 у 7 (6,9%); 1,7±0,05; P<0,001 у 15(14,7%); 7,7±1,5; P<0,001 у 2(1,9%чел.); F4 пшеница (0,05±0,08; P<0,001 у 9(8,8%); 1,38±0,07; P<0,001 у 14(13,8% чел.); F5 грецкий орех (0,45±0,05; P<0,01 у 9(8,8%); 1,5±0,09; P<0,001 у 7(6,9% чел.); F85 сельдерей (0,07±0,04; P<0,001 у 10(9,8%); 1,61±0,08; P<0,001 у 8(7,8%); 6,9±0,7; P<0,001 у 6(5,9%чел.); F75 картофель(0,45±0,07; P<0,05 у 10(9,8%); 1,5±0,06 IV/ml; P<0,001 у 8(7,8%).

Следовательно, пищевая аллергия различных уровней наблюдалась довольно часто у больных РС с аллергенным анамнезом. При употреблении больными аллергенных пищевых продуктов (молоко, казеин, арахис, фундук, морковь, пшеница, грецкий орех, сельдерей, картофель) уровень пищевой аллергии нарастал, что сопровождалось утяжелением клинических симптомов РРС.

К специфическим методам лечения пищевой аллергии относятся элиминация (исключение) пищевого аллергена и проведение аллергеноспецифической иммунной терапии. При этом элиминация требует исключения из рациона не только конкретного пищевого продукта, но и любых других, в состав которых он входит, даже в небольших количествах.

С учетом особенностей патогенеза пищевой аллергии для лечения больных РС разработан лечебный комплекс, включающий использование антигистаминных препаратов, а также пробиотиков для коррекции дисбактериоза. Для этих целей нами назначался линекс (1 капс. 2р/сутки), как один из наиболее сбалансированных пробиотиков. В его состав входят живые лиофилизированные бактерии из разных отделов кишечника. Они являются представителями нормальной микрофлоры кишечника, устойчивы к антибиотикам и другим химиотерапевтическим средствам.

Выводы:

1. В патогенезе обострений и ремиссий ремитирующего рассеянного склероза у больных с аллергенным анамнезом, имеет место пищевая аллергия различных уровней (пороговый – 0,9-28,5%; умеренно выраженный – 4,9-44,1%; значительно выраженный – 2,9-14,7% больных).

2. Наиболее аллергенными для больных РС в Республике Беларусь являются часто употребляемые пищевые продукты: молоко, казеин, арахис, фундук, морковь, пшеница, грецкий орех, сельдерей, картофель.

3. При употреблении больными РС аллергенных для них пищевых продуктов, уровень аллергии нарастает, вызывая утяжеление неврологической симптоматики, что нередко ошибочно расценивается врачами как истинное обострение заболевания.

4. Для коррекции пищевой аллергии у больных РС необходимо исключение из рациона питания пищевого аллергена и проведение аллергеноспецифической иммунной терапии. Наиболее обоснованным является назначение антигистаминных препаратов (тавегил, супрастин, эбастин, цетиризин, лоратадин и др.) в сочетании с пробиотиками (линекс и др.).

Список литературы:

1. Александрова В.А. Пищевая аллергия (учебное пособие) / СПб МАПО. - 2001,- 18с.

2. Головрин В.И., Гусев Е.И. Рассеянный склероз / Е.И. Гусев, Т.Д. Демина, А.Н. Бойко. - М.: Нефть, газ, 1997. - 463с.

3. Гордеев Я.Я. Шкала оценки неврологического статуса при рассеянном склерозе / Я.Я. Гордеев, Т.М. Шамова, В.В. Семашко // ж. Гродненского гос.мед. университета. - 2006.- №1. - с.75-78.

4. Завалишин И.А. Рассеянный склероз: основные аспекты патогенеза/ И.А. Завалишин, И.Н. Захарова // Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Е.И.Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко. - М.: Миклош, 2004. - с.60-74.

5. Латышева В.Я. Эпидемиология рассеянного склероза в Республике Беларусь / В.Я. Латышева, В.Б. Смычек, О.А. Святская // Рассеянный склероз: материалы конференции по неврологии. - Гродно, 2004. - с.5-10.

6. Одинак М.М. Аутогенные IL-10-модифицированные ден-

дритные клетки в иммунотерапии рассеянного склероза: анализ первых результатов клинических исследований/ М.М. Одинак и [др.] // Гены и клетки. – Т5 (№3). – 2010. – С.90-95.

7. Смычек В.Б. Медико-социальная экспертиза больных при рассеянном склерозе / В.Б, Смычек, Т.Д. Рябцева // Рассеянный склероз: материалы конференции по неврологии. - Гродно, 2004. - с.90-92.

8. Пономарев В.В. Воспалительные демиелинизирующие полиневропатии. - Минск, 1999.-81с.

9. Тотолян Н.А. Магнитно-резонансная томография в дифференциальной диагностике поражения головного мозга при демиелинизирующих и аутоиммунных заболеваниях / Н.А. Тотолян // Ж-л неврология и психиатрия - 2005. — №5.-с.42-46.

10. Филиппович Н.Ф. Нутриентный фактор в этиологии и патогенезе рассеянного склероза / Н.Ф. Филиппович, В.И. Новиков, А.Н. Филиппович // ARSmedica. - 2011. - с.57-66.

11. Филиппович Н.Ф. Диагностика и коррекция активности процессов демиелинизации при рассеянном склерозе у подростков / Н.Ф. Филиппович, А.Н. Филиппович // Проблема детской неврологии. Минск-Харвест, 2006. - с.443-453.

11. Филиппович Н.Ф. Рассеянный склероз: роль пищевой аллергии, терапия, реабилитация / Н.Ф. Филиппович, А.Н. Филиппович, В.И. Новиков. - Минск: Доктор Дизайн, 2011 .-11 Ос.

12. Шамова Т.М. Рассеянный склероз. Оптимизация лечебно-диагностического процесса. - Гродно, 2007. - 187с.

13. Ge.Y. Multiple Sclerosis: The Role of MR Imaging (Review Article) /7Am.J.Neuroradiolo - 2006. - V27. - P. 1165-1176.

14. Mc Donald W. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from International Panel of the Diagnosis of Multiple Sclerosis / W. Mc Donald [et al.] Ann. Of Neurol. -2001,- Vol.50, №1, p/121-127,

15. Prat A/ Pathogenesis of Multiple Sclerosis / A/Prat? J/' Antee // Curr. Opin.Neurol. 2005. - Vol. 18. - P.225-230.

ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗНАЧИМОГО ПОРАЖЕНИЯКОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Ягашкина С.И.

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

Анализ современных исследований показывает, что у некоторых пациентов с клиническими диагностическими особенностями острого инфаркта миокарда (ИМ) при коронарографическом исследовании не выявляется выраженной обструкции коронарных артерий (более 50%) [1,2,3]. Этих пациентов относят в группу, называемую ИМ без обструкции коронарных атерий (MINOCA – myocardialinfarctionwithnon-obstructivecoronaryarteries).Распространенность таких ИМ по данным разных авторов колеблется от 5 до 14% [1,2,3,4,5].

Этиология ИМ без выраженной обструкции коронарных артерий не исследована в полной мере, но полагают, что имеют значения такие факторы, как: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), кардиомиопатия, миокардит, вазоспастическая стенокардия, микроваскулярная стенокардия, тромбофилия. Основные патогенетические факторы при таких ИМ заключаются в повышении давления в правых отделах сердца, изменении структуры миокарда, воспалении, спазме коронарной артерии, нарушении микроциркуляции и тромбофилии – (фактор V Лейден, дефицит белка 9 С12 и тромбофилия, ассоциированные с злокачественными новообразованиями [2,5].

По современным представлениям, в основе развития микроваскулярной стенокардии (МВС) лежит дефектная эндотелин-зависимая вазодилатация мелких миокардиальных артерий. Иначе говоря, во время физической нагрузки потребности миокарда в кислороде резко повышаются, что в норме приводит к расширению сосудистого русла сердечной мышцы, тогда как при МВС этого не происходит. Мелкие артериальные сосуды утрачивают способность к дилатации, что на фоне все возрастающего уровня физической нагрузки провоцирует возникновение приступа болей стенокардитического характера [4].

От ИМ без поражения коронарных артерий следует отличать кардиомиопатию Такоцубо, или прямую сердечную травму, с соответствующими изменениями ЭКГ и повышенными уровнями тропонина.

Прогноз ИМ без обструкции коронарных артерий часто считается благоприятным для клиницистов, учитывая отсутствие обструктивной ИБС. Тем не менее, современные данные свидетельствуют о том, что прогноз следует оценивать более осторожно. Так, в некоторых крупных исследованиях, (корейский реестр ОИМ), смертность от с ОИМ составила 3,1% у пациентов с МИНОКА и 3,2% у лиц с обструктивными (более 50%) поражениями в одном или двух сосудах. [2,3,7].

Приводим клиническое наблюдение.

Пациент П., 57 лет поступил 18.01.2016 .г в 12:23 ч в кардиологическое отделение с выраженной одышкой в покое при незначительной физической нагрузке, аритмией. Госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом: ТЭЛА. Анамнез заболевания. Считает себя больным с сентября 2015 г, когда стал отмечать приступы выраженной слабости, перебои в работе сердца, особенно во время высокогорных тренировок. За последние 4 месяца перенес значимые стрессы (болезни близких, проигрыш на чемпионате мира воспитанника, частые перелеты в разные географические широты). 13.01.16г во время перелета из С-Петербурга в Иркутск у больного появилась выраженная одышка, аритмия. В приемный покой обратился через 4 дня.

Из анамнеза жизни известно, что пациент - тренер по боксу, мастер спорта по легкой атлетике, боксу. Ранее ничем не болел, никаких лекарственных препаратов не принимал.

При поступлении - состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение в постели вынужденное с приподнятым изголовьем. Вес 179 кг. Рост 180 см. Кожный покров бледный. Периферических отеков нет. Границы относительной сердечной тупости смещены влево и вверх, I тон на верхушке ослаблен, умеренный систолический шум на верхушке, АД 130/80 мм рт ст, пульс 90 уд в мин аритмичный, удовлетворительного наполнения. Дыхание жесткое, ослабленное в задне-базальных отделах с обеих сторон, выслушиваются застойные хрипы. Число дыханий 22-26 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 162 г/л, лейкоциты -9,4 $10\times^{9}$/л, лимфоциты - 16 %, холестерин - 6,18 ммоль/л, триглицериды - 1,03 ммоль/л, ЛПВП 1,05 м-моль/л, ЛПНП - 4,1 ммоль/л, ЛПОНП - 0.6 ммоль/л, КА - 4.3, АлАТ - 52,1 МЕ/л, АсАТ - 35,2 МЕ/Л, альфа-

амилаза - 25,6 ЕД\л, КФК-мв - 14,1 е/л, тропонин I - 0,02; общий билирубин - 18,6 мкмоль\л, креатинин -105,7 мкмоль/л.

19.01. появился дискомфорт за грудиной, повышение АлАТ - 606,9 МЕ/л, АсАТ - 708,4 МЕ/Л, КФК-МВ до 56 е/л, тропонин I- 4.25 нг/мл.

ЭКГ от 18.01.2016 г: Фибрилляция предсердий; 90 в 1 мин., блокада передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса; ЭХО КГ от 18.02.2016 г: ФВ- 58 %, зон нарушения локальной сократимости левого желудочка не выявлено. Камеры сердца не расширены, увеличен левый желудочек. Концентрическая гипертрофия левого желудочка с диастолической дисфункцией.

ЭКГ от 19.01.16 г в 16.30: появилась отрицательная динамика в виде появления коронарнойнедостаточности по типу субэпикардиальной ишемии боковой области левого желудочка; верхушки.

Больному была проведена коронароангиография от 19.01.16 г.: стенозов коронарных артерий не обнаружено.

На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной полости от 19.02.2016 г: по сравнению с данными от 18.01.2016 отмечалась отрицательная динамика в виде усиления легочного рисунка за счет смешанного компонента с признаками снижения пневматизации, расширения междолевой щели справа за счет скопления жидкости.

Клинический диагноз: Основной. ИБС. Острый не Q инфаркт миокарда верхушки, боковой стенки левого желудочка от 19.01.2016 г.

Осложнения. СН II по Killip. Фибрилляция предсердий пароксизмальная форма, пароксизм неизвестной давности. ТЭЛА от 13.01.16 г.

Проводилась терапия антикоагулянтами, электролитами, β -блокаторами, ИАПФ, дезагрегантами, статинами, ингибиторами протонной помпы.

Несмотря на проводимую терапию состояние больного оставалось тяжелым. 19.01.16 г. в 19 ч 30 мин произошла остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течении 30 мин оказались не эффективными.

Посмертный диагноз: Основной. ИБС. Острый не Q инфаркт миокарда верхушки, боковой стенки левого желудочка от 19.01.2016 г. ЦВБ. ОНМК от 19.02. 2016 г. кардиоэмболического генеза.

Осложнения: СН II поKillip. Фибрилляция предсердий пароксизмальная форма,

пароксизм неизвестной давности, не купирован. ТЭЛА от 13.01.16г с формированием инфаркт-пневмонии. Причина смерти - острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Патологический диагноз: ИБС. Инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка размерами 4х4 см2 в стадии некроза. Атеросклероз коронарных и почечных артерий 2-3 ст. Атеросклероз аорты 2-3 ст. Осложнения. Венозное полнокровие и паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

Данный клинический случай демонстрирует развитие фатального острого инфаркта миокарда без обструкции коронарных сосудов, связанного вероятнее всего, с нарушением микроциркуляции, аритмическим воздействием.

В других случаях приMINOCA необходимо исключение не кардиальной патологии, ответственной за повышенный уровень тропонина: легочную эмболию и почечную недостаточность. Необходимо также учитывать сердечные причины, включая нарушения, связанные со структурной дисфункцией миокарда и ишемическим повреждением миокарда.

Тропонин может выделяться из дисфункциональных клеток миокарда при расстройствах, связанных со структурной дисфункцией миокарда, при ишемическом повреждении миокарда, возникающем в результате спазма коронарной артерии, коронарной микрососудистой дисфункции или коронарного тромбоза, связанного с тромбофилическим нарушением. Для диагностики рекомендуется применять магнитно-резонансную томографию сердца, которая позволяет диагностировать миокардиты, кардиомиопатию Такацубо и другие заболевания сердца [5, 6,7].

ВЫВОДЫ. Диагностика и лечение ИМ с не пораженными коронарными артериями (MINOCA) без конкретных выявленных этиологических причин требует дальнейшего изучения.

Литература.

1. Hochman JS, Tamis JE, Thompson TD, et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global use of strategies to open occluded coronary arteries in acute coronary syndromes investigators. N Engl J Med 1999;341:226–32.

2. Pasupathy S, Air T, Dreyer RP, et al. Systematic review

of patients presenting with suspected myocardial infarction and nonobstructive coronary arteries. Circulation 2015;131:861–70.

3. Gerbaud E, Harcaut E, Coste P, et al. Cardiac magnetic resonance imaging for the diagnosis of patients presenting with chest pain, raised troponin, and unobstructed coronary arteries. IntJCardiovascImag 2012;28:783–94

4. Калягин А. Н. Кардиалгический Х-синдром // Сибирский мед. журнал. 2001. Т. 25. № 2. С. 9-14.

5. Da Costa A, Isaaz K, Faure E, et al. Clinical characteristics, aetiological factors and long-term prognosis of myocardial infarction with an absolutely normal coronary angiogram: A 3-year follow-up study of 91 patients. Eur Heart J 2001;22:1459–65

6. Crossref | PubMed Habibian M, Luis S, Luis C, et al. Comparison of the utility of transthoracic echocardiographic and cardiac magnetic resonance imaging in patients presenting with troponin positive chest pain with unobstructed coronary arteries. HeartLungCirc 2011;20: S165.

7. Шуленин С.Н. Ишемия миокарда: клинико-инструментальные ассоциации/ С.Н. Шуленин [и др.]// Вестник РВМА. – 2014. - №1(45). – С.13-18.

8. KangWY, JeongMH, AhnYK, etal. Are patients with angiographically near-normal coronary arteries who present as acute myocardial infarction actually safe? IntJCardiol 2011;146:207–12. http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2011.05.410

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Шкодкин И.В, Батиевская Я.В., Ягашкина С.И.

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

Тромбоз воротной вены (ТВВ) – это процесс образования тромба вплоть до полной окклюзии просвета основного ствола и ветвей воротной вены с прогрессирующим нарушением кровотока в печени и ЖКТ. Прижизненные случаи тромбоза воротной вены впервые описали основоположники и корифеи русской медицины С.П. Боткин (1862) и Н.Д Стражеско (1934). Среди зарубежных клиницистов первое описание ТВВ принадлежит Balfur и Stewart (1868) на примере пациента со спленомегалией, асцитом и варикозно расширенными венами [2,3]. К сожалению, четких статистических данных по данной патологии ни в нашей стране, ни за рубежом

нет. По данным аутопсий, в США частота портальных тромбозов колеблется от 0,05 до 0,50% [5,6]. В европейской популяции ТВВ обусловлено до 10% всех случаев портальной гипертензии, в то же время в развивающихся странах эта цифра достигает 40% [6,7]. Частота ТВВ у больных циррозом печени (ЦП) и портальной гипертензией, по разным литературным данным, колеблется от 2 до 43% [5,7]. При пересадке печени частота развития ТВВ варьирует от 2 до 26% [6]. Известно, что ТВВ часто возникает у больных гепатоцеллюлярной карциномой (до 30%). В 50% случаев причина остается неустановленной.

Таким образом, ТВВ является актуальной медицинской проблемой, т. к. четких алгоритмов диагностики и профилактики данного заболевания в настоящее время не существует, невзирая на мощный арсенал современных диагностических возможностей. Клиническая картина зависит от локализации и протяженности ТВВ, быстроты его развития и природы предрасполагающего заболевания печени [1]. Острый тромбоз быстро приводит к смерти либо вследствие печеночной недостаточности, либо из-за развития инфаркта кишечника (с развитием перитонита, полиорганной недостаточности), либо массивного кровотечения [5]. Сочетание ТВВ с тромбозом брыжеечных вен в основном приводит к смерти. Процесс может быть хроническим, когда заболевание развивается постепенно, т. е. кровоток в воротной вене не прекращается полностью, а лишь несколько снижается из-за тромба, который со временем растет и в последующем закрывает просвет частично или полностью. При хроническом, медленно текущем процессе кровь из органов брюшной полости устремляется в обход воротной вены по порто - кавальным анастомозам [4]. Хронический ТВВ чаще протекает по типу некоторых других заболеваний органов брюшной полости и трудно диагностируется.

Приводим клиническое наблюдение. Больной К, 64 лет, самостоятельно обратился за помощью в мед. центр с жалобами на "разлитые" боли в эпигастрии, но более всего - в правом подреберье, около пупочной области, тошноту, потерю аппетита и быстро нарастающую слабость на фоне похудения на 4 кг за одну неделю.

История настоящего заболевания: считает себя больным в течение 8-9 дней, когда появился эпизод интенсивных ноющих, давящих и распирающих болей в эпигастральной области после погрешностей в диете и употребления алкоголя. Боли не имели

четкого опоясывающего характера, но в большей мере были локализованы в правом подреберье, слева - были менее выражены. За медицинской помощью не обращался поскольку лет 10-12 назад был диагностирован хронический холецистопанкреатит и при подобных эпизодах самостоятельно принимал спазмолитические и обезболивающие средства, а также ферментные препараты. Но на этот раз не отметил стойкого положительного эффекта. Через 2-3 дня боль уменьшилась, но в этот период стал отмечать появление слабости, небольшого головокружения, а боли в животе приобрели диффузный характер с преимущественной локализацией в правом подреберье. Из-за неэффективности терапии, сохранения болей и нарастания слабости пациент самостоятельно обратился в клинику для выполнения МРТ.

Анамнез жизни: рос здоровым, имеет высшее образование, ранее военнослужащий, а в настоящее время ПМО РФ. Был инфицирован вирусом гепатита С (активность 0 или минимальная) систематически наблюдался у инфекциониста (проводились курсы иммунотерапии). В остальном без особенностей.

Обьективно: общее состояние в покое удовлетворительное. Положение активное, астеничен, сознание ясное. Температура тела 36,70 С. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, тургор сохранен, периферических отеков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Аускультативно в нижних отделах дыхание несколько ослаблено, множественные крепитирующие и сухие хрипы преимущественно в нижних отделах легких. Перкуторно звук с коробочным оттенком (заядлый курильщик). ЧДД =18-20/мин. АД 130/85 мм.рт.ст. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. Незначительный, другой по тембру систолический шум во 2-ом межреберье справа, который слабо проводится в область шеи. Левая граница сердца+1,0 см. Язык влажный, умеренно обложен беловато-серым налетом у корня. Живот в акте дыхания участвует симметрично, при поверхностной пальпации безболезненный. При глубокой пальпации отмечается боль в правом подреберье по парастернальной линии, без симптомов раздражения брюшины. Желчно - пузырные симптомы слабо положительны. При пальпации край печени уплотнен, умеренно болезненный. Размер по среднеключичной

линии 15см. Пальпация в области хвоста поджелудочной железы умеренно болезненна, без симптомов раздражения брюшины (убедительной картины обострения хронического панкреатита не обнаружено). Симптом поколачивания в области почек отрицательный с обеих сторон. Органы чувств и эндокринной системы без особенностей. Физиологические отправления: задержка стула 3-4 дня, мочеиспускание без особенностей. Диагноз пациента при поступлении был неясен. Данные ранее проведенного обследования: анализ крови на ВИЧ, RW – отрицательны Анализ крови на гепатиты: HBsAg - не обнаружено, антитела к HCV – обнаружено. Биохимический анализ крови - без существенной патологии. Коагулограмма: все показатели при динамическом наблюдении на амбулаторном этапе оставались в пределах нормы. Анализ мочи клинический – без нарушений. Инструментальное исследование. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 88 уд/мин. Одиночные желудочковые экстрасистолы. Косвенные признаки ГЛЖ. Замедление внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса. На рентгенограмме органов грудной клетки в 2-х проекциях легочные поля обычной пневматизации. Легочный рисунок усилен. Корни легких структурны. Аорта уплотнена и несколько развернута. УЗИ органов брюшной полости 2012 (амбулаторно). Киста правой почки размером 1,3-1,7 см, в остальном без особенностей. Ткань печени уплотнена, в правой доле гемангиомы размером 0,8-1,1 см и 0,9-1,0. Воротная вена – до 1,3 см. В динамике: УЗИорганов брюшной полости2014 (амбулаторно). Киста правой почки размером 1,4-1,6 см, в остальном без особенностей. Ткань печени уплотнена, в правой доле гемангиомы размером 0,9-1,2 см и 0,9-1,1 с ровными контурами. Воротная вена – до 1,3см. Желчный пузырь без конкрементов, стенки уплотнены. На рентгенограмме пояснично-кресцового отдела позвоночника: грыжи Шморля L1-L3, протрузия дисков L2-3 до 3,5 мм, антелистез L4 до 0,4 см. Заключение: дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника. ФГДС 2016 год:пищевод свободно проходим, слизистая обычной окраски. Складки желудка сглажены, местами отмечены иньекции сосудов, умеренное количество слизи. Привратник полностью не смыкается, признаки дуодено-гастрального рефлюкса. В полости желудка небольшое количество желчи.

Проведена МРТ органов брюшной полости от 01.12.2016. (Рисунок 1): на томограмме брюшной полости печень с четким и

ровным контуром (КВР правой доли – 149 мм). Субкапсулярно в SIV определяется узловое образование, диаметром 35 мм с нечеткими контурами умеренной интенсивности. После введения парамагнитного контрастного вещества отмечается его неоднородное накопление в артериальную фазу сканирования с быстрым смыванием и сохранением гиперинтенсивного ободка вдоль капсулы. Аналогичное узловое образование размером 22х31х22 мм имеется SVII-SVIII с гиперинтенсивным включением. Отмечается контрастирование воротной вены на протяжении 45 мм, дистальнее этого уровня контрастирование не проходит.

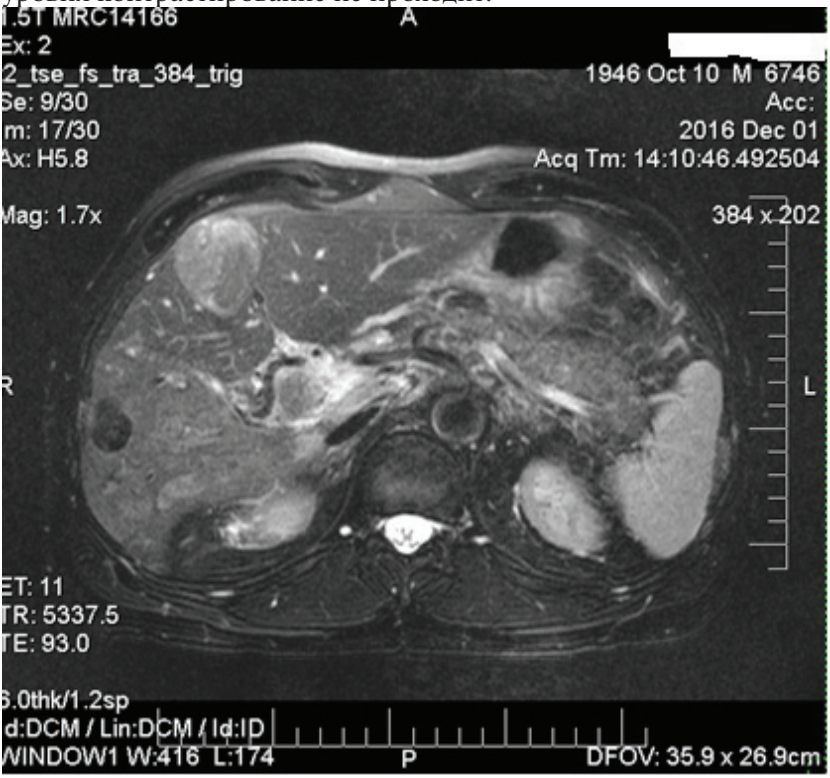


Рисунок 1. Описание в тексте статьи

На уровне ворот печени воротная вена расширена до 24 мм. Эффект «пустоты потока» на ней отсутствует из-за тромба, сиг-

нал изоинтенсивный. Аналогичные изменения визуализируются в ветвях воротной вены правой доли печени. На этом фоне в SIV имеется неправильной округлой формы узловое образование (22х14х12мм) изоинтенсивного МР-сигнала с признаками постепенного неоднородного, слабоинтенсивного контрастирования. В остальном структура исследуемых органов, сосудов и лимфатических узлов без существенной патологии. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Заключение: МР-картина васкуляризированных узловых образований SVI,SVII-SVIII печени (наиболее вероятно гепатоцеллюлярный рак), слабо васкуляризированного образования в SVI (наиболее вероятно аденома), тромбоз ствола и правой ветви воротной вены. МР-признаки умеренных признаков хронического панкреатита, простых кист почек (рисунок 2).

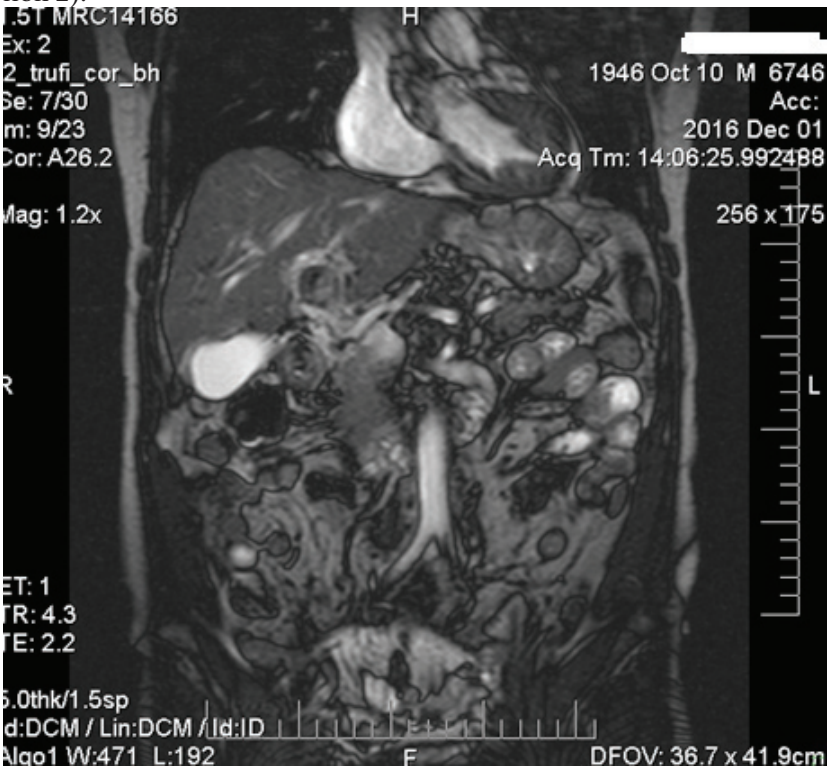


Рисунок 2. Описание в тексте статьи

На основании клинического и инструментального обследования пациенту был выставлен клинический диагноз: Острый тромбоз воротной вены. Новообразования печени не ясного генеза. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II, артериальная гипертензия 2, риск ССО 3, ФК-2.Энцефалопатия смешанного генеза, ХСМНК. Хронический вирусный гепатит С без существенной активности. Простые кисты почек. (В срочном порядке вызвана бригада СМП для экстренной госпитализации пациента).

Обсуждение. Анализ данного клинического случая продемонстрировал, что у пациента с длительным злоупотреблением алкоголя развились признаки умеренного стеатоза печени и хронического панкреатита на фоне гипертонической болезни II стадии, которые в последующем привели к развитию тромбоза воротной вены. В то же время, необходимо знать, что при развитии вирусного гепатита С очень часто возникают тромбофилические осложнения. Выявленные ранее (2012 и 2014) гемангиомы в печени при настоящем МРТ - исследовании не были обнаружены. Однако выявлены два новообразования, накапливающие контраст, что не исключает развитие онкопатологии, возникновение которой также может сопровождаться тромбозами и тромбоэмболиями. Диагностика ТВВ у данного пациента осуществлена благодаря полученным данным МРТ.

Предотвращение развития ТВВ как тромбозов и тромбоэмболий другой локализации является сложной и нерешенной проблемой. Профилактика этой крайне опасной патологии состоит в своевременном выявлении и лечении болезней, которые могут стать причиной ее возникновения (хронический панкреатит, хронические воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит, болезнь Крона, цирроз и рак печени, поджелудочной железы, лимфопролиферативные заболевания, а также вирусный гепатит С). Это позволит предотвратить неблагоприятные последствия, указанные выше, и снизить летальные исходы.

Литература:

1.Куликова Ю.Р. Внепеченочный тромбоз воротной вены в клинической практике. Новые Санкт - Петербургские Врачебные Ведомости, 2016,№3,в.77, с.91-97.

2. Пономарев А.А. Изолированный тромбоз мезентериальных ветвей воротной вены // РМЖ. 1992. № 5 (12). С. 27–29.

3. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевание печени и желчных путей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. С. 184–185.

4. Rosendaal F.R. Venous thrombosis: a multicausal disease // Lancet. 1999. Vol. 353.P.1167–1673.

5. Багненко С.С. Магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых поражений печени/ С.С. Багненко, Г.Е. Труфанов, И.С. Железняк//Анналы хирургической гепатологии. – 2016. – Т.21, №3. – С. 64-69.

6. Janssen H.L., Wijnhoud A., Haagsma E.B. et al. Extrahepatic portal vein thrombosis: aetiology and determinants of survival // Gut. 2001. Vol. 49. P. 720–724.

7. Abhasnee Sobhonslidsuk K., Rajender Reddy. Portal vein thrombosis: A Concise Review.//Am.J.Med.-2002.-Vol.-97.-P.535–541.

8. Valla D., Casadevall N., Huisse M.G. et al. Etiology of portal vein thrombosis in adults. A prospective evaluation of primary myeloproliferative disorders // Gastroenterology.1988.-Vol.-94.-P.1063–1069.

9. Цодиков Г.В., Подлесских М.Н. Тромбоз воротной вены в практике гастроэнтеролога // Фарматека. 2010. № 2. С. 54–60.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ВИРУСОМ ГРИППА А (H1N1/09) У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Иванов В.В., Салухов В.В., Харитонов М.А., Данцев В.В., Садыков Р.Р., Богомолов А.Б., Бутенко А.В.

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

Цель исследования. Проанализировать клинический случай тяжелого поражения легочной ткани вирусом гриппа А (H1N1/09) у пациента молодого возраста, закончившийся летальным исходом.

Материалы и методы. В качестве иллюстрации приводим случай тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии вызванный вирусом гриппа А (H1N1/09) у пациента молодого возраста закончившийся летальным исходом. Основное лечение проводилось в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. За период пребывания данного пациента выполнялись следующие лабораторные исследования: общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, общий билирубин, аспартаминотрансферазы (АСТ), ала-

нинаминотрансферазы (АЛТ), фибриноген, С-реактивный белок (СРБ)), электрокардиография, эхокардиография, рентгенография органов грудной полости.

С помощью шкалы SMRT–CO мы определили степень тяжести основного заболевания при первичном осмотре на момент поступления в 1 клинику (терапии усовершенствования врачей). Для этиологической расшифровки возбудителей ВП выполнялись одномоментно три метода исследования: бактериологический посев мокроты; полимеразная цепная реакция (ПЦР) мокроты и плазмы крови для идентификации РНК/ДНК респираторных вирусов и бактерий; иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови для определения иммуноглобулинов класса М и G к респираторным вирусам и некоторым атипичным микроорганизмам; рентгенография выполнялась на аппарате «AxiomIconos R200 Siemens» (Германия). Оценивались наличие воспалительных изменений легочной ткани, объем инфильтрации, наличие признаков скопления жидкости в плевральных полостях.

В связи с ухудшением состояния пациента, рентгенографическое исследование органов грудной полости проводили в условиях ОРИТ с помощью передвижного рентгенологического аппарата «Mobilet-Plus» (Siemens, Германия) в передне-задней проекции.

Результаты и их обсуждение. Пациент К., 31 год. Заболел остро 17.06.16 г. после переохлаждения под кондиционером на протяжении 2–3 часов. 18.06.2016 г. появилась выраженная слабость, сухой кашель, который носил приступообразный характер, одышка при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39°С. Самостоятельно лекарственные препараты не принимал. Днем 20.06.16 г. в связи с ухудшением самочувствия в виде усиления одышки и кашля был госпитализирован в городскую многопрофильную клинику, где был выполнен обязательный диагностический алгоритм включающий в себя: общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (холестерин, общий белок, глюкоза, креатинин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, мочевина, калий, натрий, фибриноген, СРБ, КФК, КФК-МВ), электрокардиография, эхокардиография, рентгенография органов грудной полости.

На основании анамнеза болезни, объективного осмотра и совокупности лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен следующий предварительный диагноз:

Внебольничная нижнедолевая пневмония с локализацией в S (8,9) сегментах правого легкого, нетяжелого течения. ДН 0 степени.

Следует отметить тот факт, что уровень сатурации кислорода в крови не измерялся, эмпирическая противовирусная терапия и этиологическая верификация не проводилась.

Назначено лечение: цефазолин, метронидазол на протяжении 4 суток без положительного эффекта. На утро 25.06.2016 г. отмечалась отрицательная динамика в виде снижения сатурации кислорода в крови до 92%, усиление одышки, появление гнойной мокроты и повышением температуры тела до 40°С. По-прежнему противовирусная терапия не проводилась. Этиологический поиск возбудителей основного заболевания также не выполнялся. В связи с ухудшением состояния больного, принято решение о присоединение дополнительного антибактериального препарата (таваник 500 мг 2 раза в сутки) к основной терапии и выполнить повторную рентгенографию органов грудной полости для оценки состояния легочной ткани.

Были полученны результаты рентгенографии: увеличение и распространение пневмонической инфильтрации в правом и левом легких. В связи с неэффективностью проводимого лечения и ухудшением общего состояния 27.06.16 г. было принято решение о переводе в 1 клинику (терапии усовершенствования врачей) ВМедА имени С.М. Кирова с диагнозом: внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония, тяжелого течения, дыхательная недостаточность II степени.

Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки (рис.1).

На представленной рентгенограмме визуализируется полисегментарная воспалительная инфильтрация в обоих легких.

Тяжесть состояния при поступлении обусловлена дыхательной недостаточностью, интоксикационным синдромом, нестабильной гемодинамикой и развившимися осложнениями: инфекционно-токсическим шоком и миокардитом. При осмотре – состояние тяжелое, стабильное. Сознание – спутанное. Температура тела 38,7°С. Гемодинамика: АД – 90/60 мм рт. ст., ЧСС 110 в мин, ЧД – 22 в мин, сатурация – 88%. Аускультативно – дыхание жесткое, справа звучные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы, слева – мелкопузырчатые хрипы над нижней долей. Печень выступала из-под реберной дуги на 1 см. Динамика лабораторных показателей

представлена в таблицах 1,2. В общем клиническом анализе крови – умеренное повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) составляла (от 33 до 38 мм/ч), уровень лейкоцитов (5,5х109/л), и угнетению красного кровяного ростка (снижение гемоглобина до 83 г/л), что характерно для вирусно-бактериальной этиологии пневмонии.

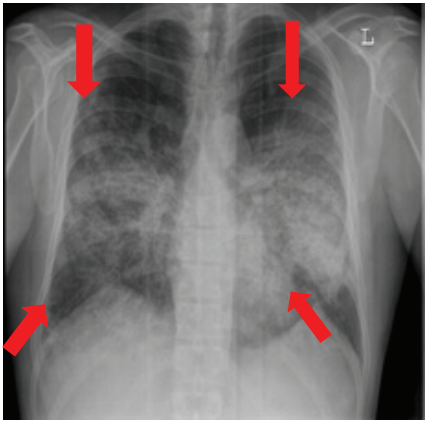


Рисунок 1.

Таблица 1. Динамика общего анализа крови

Показатель	27.06	28.06
Эритроциты, х1012/л	4,7	4,2
Лейкоциты х109/л	5,5	5,7
Гемоглобин, г/л	83	80
СОЭ, мм/ч	33	38

ППоказатели общего анализа мочи на момент поступления в клинику был в пределах нормы за исключением наличия белка (0,95).

Таблица 2. Динамика биохимического анализа крови

Показатель	27.06	28.06
Креатинин, ммоль/л	136	139
МВ-фракция креатинфосфокиназы, ед/л	83	85,7
Мочевина, ммоль/л	4,0	3,6

Аланинаминотрансфераза, ммоль/л	93	97
Аспартатаминотрансфераза, ммоль/л	96	110
Общий белок, г/л	72,1	62
Прокальцитонин нг/мл	1,59	–

При выполнении биохимического анализа крови обращало на себя внимание повышение уровня прокальцитонина до 1,59 нг/мл, что подтверждало угрозу развития осложнения основного заболевания в виде сепсиса – синдрома системной воспалительной реакции, а в дальнейшем помогло оценить динамику состояния больного и скорректировать основную схему антимикробной терапии. Следует отметить, что отмечался существенный подъем уровня трансаминаз, это укладывалось в картину инфекционно-токсической гепатопатии (таб. 2).

Была произведена радикальная смена антибактериальной терапии на зивокс 1200 мг/сутки, меронем 3 г /сутки, авелокс 400 мг/сутки, и впервые эмпирически назначен противовирусный препарат осельтамивир 150 мг/сутки и рибавирин 800 мг/сутки. Однако, состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 28.06.16 г. в связи с падением гемодинамических показателей и нарастанием дыхательной недостаточности (снижение SatO2 до 75%) он был переведен в клинику анестезиологии и реанимации (АИР). В связи с прогрессирующей дыхательной недостаточностью и снижением сатурации пациент был интубирован. Выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки (рис. 2).

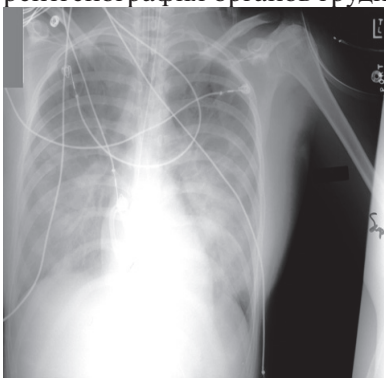


Рисунок 2.

На рентгенограмме от 29.06.16 г. визуализируются признаки острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и тотальное распространение воспалительной инфильтрации в обоих легких. В это же день он был проконсультирован инфекционистом. Был взят материал на ПЦР и ИФА для диагностики вирусов гриппа А, В, парагриппа, аденовирусов, РСВ, хламидий, микоплазмы, легионеллы. Утром 30.06.16 г. получен положительный результат на вирус гриппа А (H1N1).

При посеве мокроты обнаружены нозокомиальные возбудители (Acinetobacterbaumani 106/л, Klebsiellapneumonia 106/л, Candidaalbicans), определена их чувствительность к антимикробным препаратам (Тигациклин, Амикацин), что позволило назначить адресную антибактериальную терапию.

Несмотря на проводимое комплексное лечение утром 02.07.16 г. пациент скончался.

По результатам аутопсии сформулирован патологический диагноз: комбинированное основное заболевание:

Грипп А (H1N1) PDM/09 тяжелой степени. Внебольничная сливная двусторонняя тотальная полисегментарная (S2, S6, S9, S10 правого легкого и S6, S10 левого легкого) вирусно-бактериальная пневмония, тяжелого течения.

Осложнение основного заболевания:

Тяжелый сепсис от 29.06.16 г. Полиорганная недостаточность (сердечно-сосудистая, дыхательная, энтеральная, почечная, мозговая). Острый панкреатит, отечная форма, парез кишечника. Асцит. Острая дыхательная недостаточность III степени, интубация трахеи и продленная искусственная вентиляция легких от 28.06.16 г. Двусторонний экссудативный плеврит, синдром острого повреждения легких от 02.07.16 г. Слизисто-гнойный трахеобронхит с геморрагическим компонентом. Острая почечная недостаточность олиго-анурическая стадия от 01.07.16 г. Энцефалопатия смешанная (гипоксическая, дисметаболическая) генеза. Отек-набухание головного мозга от 01.07.16 г.

Выводы: Оценивая печальный результат данного клинического случая, можно констатировать наиболее вероятные причины его развития:

позднее обращение к врачу и поздняя госпитализация больного; сатурация кислорода в крови проводилась лишь на 3-е сутки

в терапевтическом отделении; задержка с переводом в отделение ОРИТ и началом интенсивной терапии на 1-е сутки при поступлении в городскую больницу; нерациональное назначение антибактериальной терапии вопреки существующим рекомендациям; этиологическая расшифровка возбудителей произведена только на 13-й день болезни; эмпирическое назначение осельтамивира состоялось лишь на 11-й болезни (верное, но запоздалое решение).

Таким образом, на данном клиническом примере мы видим важность своевременной госпитализации больного с серьёзными респираторными симптомами в специализированное лечебное учреждение, необходимость быстрой и качественной этиологической диагностики, и разработки новых подходов к этиотропной и патогенетической терапии в лечении современной пневмонии.

Список литературы:

1. Зайцев, А.А. Диагностика и лечение тяжелых поражений легких при гриппе А (H1N1/09): практические рекомендации / А.А. Зайцев, А.В. Щеголев // Военно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 337, №3 – С. 39–46.

2. Чучалин, А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2015. – № 2. – С. 133–142.

3. Choby, B.A. Respiratory infections: community-acquired pneumonia / B.A. Choby, P. Hunter // F.P. Essent. – 2015. – Vol. 429. – P. 11–21.

4. Jose, R.J. Community-acquired pneumonia / R.J. Jose, J.N. Periselneris, J.S. Brown // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2015. – Vol. 21, N 3 – P. 212–218.

5. Musher, D.M. Can an etiologic agent be identified in adults who are hospitalized for community-acquired pneumonia: results of a one-year study / D.M. Musher, I.L. Roig, G. Cazares [et al.] // J. Infect. – 2013. – Vol. 67. – P. 11–18.

6. Torres, A. The aetiology and antibiotic management of community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review / A. Torres, F. Blasi, W.E. Peetermans [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 33. – P. 1065–1079.

МЕХАНИЗМЫ РЕАКТИВНЫХ И НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ГИПОТАЛАМУСА КОШЕК - КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ИЗУЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС И ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ.

Шкодкин И.В.

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

Изучение патологических процессов, развивающихся во внутренних органах при боевой (значимой по тяжести) травме организма, особенно головного мозга, актуально и по сей день в связи с продолжающимися военными конфликтами.

Для глубокого понимания этой проблемы внесен большой вклад военно-полевыми терапевтами, работавшими в Афганистане в период военных действий (1980-1989), которые изучили особенности травматической болезни, разработали диагностику и лечение патологии внутренних органов в раннем периоде минно-взрывной травмы (М.М.Кириллов,1993). Анализ полученных данных показал, что высокая частота случаев политравмы явилась важнейшей предпосылкой частого возникновения висцеральной патологии во всех группах наблюдений с различными ранениями. Отмечено, что для раненых с торакальной травмой были характерны ушибы легкого и сердца, гемоторакс, травматическая пневмония, которые встречались вдвое чаще при минно-взрывной травме с дистантным повреждением легких. В то же время для раненых с ЧМТ (черепно-мозговыми повреждениями и ушибами мозга) была свойственна вторичная патология (отек легкого, синдром «влажного» легкого, пневмонии, ОДН, тромбоэмболии, миокардиодистрофия). Таким образом, обнаружено, что высокая частота посттравматической висцеральной патологии есть своеобразная реакции организма на травмирующий эффект, что превращает тяжело раненого в больного. М.М. Кириллов (1993) отмечает, что в развитии представленных изменений прослеживается сложная цепь общих и местных реакций, обусловленных патофизиологическими механизмами, в том числе не только прямым травматическим, но и нервно-рефлекторным, нейроэндокринным, токсико-инфекционным, иммунопатологическим и аллергическим, а также воспалительным, аутоиммунным и дистрофическим, возникающих во внутренних органах в ходе раневого процесса. Однако автор не разъясняет возможные

пути и механизмы висцеральных поражений центрогенного характера.

H. Selye (1936) показал, что стрессы, шоковые реакции или состояния, проявляющиеся отмеченными эффектами, сопровождаются возникновением "адаптационного синдрома" в организме человека и животных. Автор показал мощную реактивность эндокринной системы (в оси: гипоталамус - гипофиз- надпочечники) уже в первые минуты и часы патологического воздействия. (В одной из работ Г. Селье отметил важную роль нервной системы в развивающейся патологии, однако свои исследования посвятил только изменениям в эндокринной системе).

Общеизвестно, что гипоталамическая область головного мозга является высшим вегетативным центром, интегрирующим соматовисцеральные и психоэмоциональные реакции организма (И.И. Русецкий, 1936; Н.Н. Гращенков, 1964 и др.) [1].

Гипоталамо-гипофизарная система может вовлекаться в патологический процесс не только «первично» (при непосредственном поражении ее опухолью или при травме) или при экспериментальном воздействии (раздражении, электростимуляции, разрушении ядер), но также, и «вторично» - при воздействии опухолей, расположенных на отдалении от подбугорья. Кроме того, гипоталамус вовлекается в патологичексий процесс рефлекторным путем – по типу «обратных связей» - при поражении самих внутренних органов (то есть за счет механизма гиперафферентации в подкорковые структуры, вообще, и в высшие вегетативные центры, в частности).

На этом основании клиническими и экспериментальными исследованиями установлено, что различные повреждающие факторы, воздействующие на гипоталамическую область, приводят к развитию центрогенных дистрофий в различных внутренних органах (А. Д. Сперанский, 1935; С.В. Аничков и соавт., 1969; В.М. Угрюмов, В.Н. Швалев, 1972,1975; В настоящее время установлены обширные морфофункциональные связи подбугорья (через систему перивентрикулярных нервных проводников и пучок Шютца) со структурами ствола продолговатого мозга, со спинным мозгом вплоть до его сакрального отдела и, таким образом, с периферическими нервами Поэтому с уверенностью можно предположить, что висцеральные нарушения могут быть обусловлены путем трансгипофизарной (гуморальной) и парагипофизарной (нейрогенной) гиперэфферентацией во внутренние органы с развитием в них ре-

активных и обширных нейродистрофических нарушений [1,2].

На этом основании можно сказать, что неправомерно утверждение М.М.Кириллова (1993) о "незначительной" роли различных отделов нервной системы в генезе висцеральной патологии после боевой травмы особенно в случаях посттравматической болезни с повреждением структур головного или спинного мозга.

В настоящее время установлено, что любое повреждение или длительное воздействие на различные отделы нервной системы закономерно приводит к реактивным и, даже, деструктивным (дистрофическим) изменениям как в самой нервной системе (цитосоме нейронов, синаптическом аппарате, проводниках, нейроглии, кровеносных сосудах и мозговых оболочках), так и в периферических тканях и органах, иннервируемых и контролируемых соответствующими отделами спинного мозга, вегетативными ганглиями и ЦНС.

Показано, что висцеральные нарушения могут возникать не только от прямого воздействия на структуры мозга, но и рефлекторно, за счет наличия общих нервно проводниковых связей, которыми особенно богат гипоталамус. Именно патологические процессы в подбугорье или возникающие в нем за счет рефлекторного влияния, а также механического воздействия отдельно растущей опухоли в около гипоталамической области, очень часто обусловливают развитие висцеральной дистрофии центрального происхождения. Очень важно помнить о том, что в подбугорье отдельные видоизмененные нервные клетки, собранные в нейросекреторные ядра, принимают участие в регуляции деятельности гипофиза и, естественно, периферических эндокринных желез. Поэтому вовлечение гипоталамической области в патологический процесс всегда обусловливает появление гиперэфферентации неврогенным (парагипофизарным) путем, так и трансаденогипофизарным (или трансгипофизным поскольку может осуществляться выброс гормонов из средней и задней долей гипофиза). Таким образом, (чрезмерное) патологическое влияние на периферию приводит к гормональным, метаболическим и дисэлектролитным нарушениям, а также всевозможным сосудистым и нервно-мышечным изменениям, часто сопровождающихся реактивно-деструктивными явлениями на различных уровнях нервной системы и внутренних органах. Именно эти многоплановые влияния приводят к висцеральным дистрофиям, вплоть до гибели тканевых структур

и формирования патологических образований. Доказательством сказанного являются случаи возникновения тяжелых (дистрофий) деструктивных и сливных пневмоний у больных (на 6-8 сутки), у которых накануне выполнялись нейрохирургические операции, сопровождавшиеся травмой подбугорья или близко лежащих структур головного мозга (и это несмотря на щадящий режим и блестящую технику операции).

Важность изучения патологии высших вегетативных центров, каким является подбугорье, заключается в развитии представления о путях и механизмах многообразных висцеральных нарушений, которые, нередко, возникают в клинической практике при диэнцефалитах, базальных менингитах, при различных ЧМТ с вовлечением подбугорья, а также при минно-взрывной травме. Именно в этом случае становятся понятными разнообразные отдаленные висцеральные осложнения (нарушения внутренних органов и периферических желез), возникших при вовлечении подбугорья в сложный патологический процесс. Необходимо пояснить, что при непосредственной травме головы и контузии «в отдаленном» (отсроченном) периоде можно диагностировать выше отмеченные изменения, но степень тяжести (чаще комбинированного поражения) минно-взрывной травмы с поражением висцеральных органов может привести и к гипераффферентации и, таким образом, развитию «поломки» висцеро-кортикальных (и субкортикальных) механизмов регуляции висцеральных функций. Таким образом, гипоталамическая область может вовлекаться в патологический процесс при минно-взрывной травме за счет ЗЧМТ (контузии) или открытой ЧМТ, а также в отдаленные сроки лечения больных на фоне длительной патологической «гипераффферентации» от поврежденных (различных в этих случаях) внутренних органов.

На этом основании можно заключить, что любое сообщение о вариантах течения висцеральной патологии, возникающей в отдаленные сроки лечения больных с минно-взрывной травмой, будет способствовать повышению квалификации врачей различных специальностей, принимающих непосредственное участие в лечебно-диагностическом процессе при отмеченной патологии.

Анализ гистологических препаратов показал, что при вживлении электродов (в первые 3-7 суток после этой операции), но в большей мере после электростимуляции гипоталамуса наблюдаются весьма значительные реактивные и деструктивные изменения в

самом подбугорье вблизи электродов.

В ранние сроки этих серий опытов обнаруживается дегрануляция и опустошение нейросекреторных клеток в супраоптических и паравентрикулярных крупноклеточных нейросекреторных ядрах. Заметные реактивные и деструктивные реакции отмечены в нейронах заднего гипоталамического поля, в спинном мозге, в вегетативных ганглиях (звездчатом). Кроме патоморфологических изменений и гибели нейроцитов в отмеченных уровнях нервной системы, обнаружены реактивные и деструктивные нарушения синаптического аппарата. Выявленные патоморфологические изменения в нервном стволе и особенности течения асептического воспаления вокруг инородного тела, введенного в эпиневрий седалищного нерва, возникли не только на фоне патологической (парагипофизарной) нейрогенной гиперэфферентации при электростимуляции подбугорья, но явились следствием трансгипофизарного (гуморального или эндокринного) влияния. Последнее подтверждается мощной реакцией коры надпочечников (особенно в ранние сроки электростимуляции подбугорья), сопровождающейся быстрой (до 50%) потерей липидов и аскорбиновой кислоты, которые используются для синтеза стероидных гормонов. В это же время выявляются признаки значительной вакуолизации эпителиоцитов канальцев почек и обильного накопления в них пигментных частиц. В печени отмечена крупная вакуолизация гепатоцитов, содержащих, изредка, небольшое число пигментных частиц. Окраска на жир выявила его умеренное накопление в клетках печени. На этом фоне в поджелудочной железе выявлены значительные скопления жировых клеток по ходу сосудов в междолевых прослойках соединительной ткани. Внешнесекреторные клетки поджелудочной железы умеренно вакуолизированы. Клетки островков Лангерганса в основном бледно окрашены с редкими пигментными включениями, площадь цитоплазмы представляется несколько увеличенной с гидропическими нарушениями.

В опытах с электростимуляцией 15-30 суток (изредка 60) по периферии отдельных ацинусов (вблизи соединительнотканных прослоек) обнаруживаются огромных размеров кистообразные структуры, которые, изредка, можно увидеть невооруженным глазом при просмотре на свету гистологического среза исследуемой железы. По периферии этих образований расположены дистрофически измененные ацинарные клетки, отдельные – уплощены с редким

расположением около них волокнистых структур. Внутри – нет сплошной эпителиальной выстилки, окраска на жир выявляет его умеренное содержание. В соединительнотканных межацинарных прослойках нередко сосуды расширены с небольшим периваскулярным отеком, инфильтрацией различными клеточными элементами [1,2,3].

Кроме того, следует заметить, что при длительной (более 15 суток) электростимуляции подбугорья у кошек отмечается гнездное выпадение шерсти на туловище, а сальник и межкишечные пространства в большинстве случаев содержат избыточное количество жира, по сравнению с животными с интактным подбугорьем [1].

Представленная работа в научно - теоретическом аспекте демонстрирует при воздействии на гипоталамическую область многообразие патологических изменений во внутренних органах, что необходимо учитывать и у больных терапевтического профиля.

Литература.

1. Шкодкин И.В. Влияние электростимуляции среднего отдела гипоталамуса на реактивные процессы в нервном стволе пр и асептическом воспалении. – Автореферат канд дисс..- 1981.- 25 с.

2. Шкодкин И.В., Язева Г.Г. Хроническая демиелинизирующая полирадикулоневропатия и влияние механического раздражения и электростимуляции среднего отдела гипоталамуса на состояние некоторых отделов центральной и периферической нервной системы, объясняющие механизмы полинейропатии.- Актуальные проблемы диагностики, терапии и реабилитации жителей блокадного Ленинграда и пациентов пожилого возраста. – СПб , - 2013. – С. 316- 325.

3. Угрюмов В.М., Швалев В.Н. Клинико-экспериментальные аспекты изучения нарушений связи головного мозга с внутренними органами и развивающихся при этом нейрогенных дистрофий. Труды ЛНХИ им. Поленова.- 1970. - _№3. – с 215-228.

ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ «МАСОК» ГЕТЕРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Шкодкин И.В.

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

Цель исследования: показать клинические особенности поражения костей и суставов ишемического генеза, возникающих при различной патологии.

В настоящее время доказана значительная гетерогенность ревматологических заболеваний, однако подобная характеристика в отдельных случаях наблюдается и при другой патологии. Ишемический некроз часто развивается в головках бедренных костей в среднем и пожилом возрасте: чаще у мужчин, чем у женщин (соответственно 4:1). В 30% случаев поражение носит двусторонний характер, что приводит к выраженной инвалидизации пациентов, у которых может не наблюдаться высокая активность воспалительного процесса или значительные лабораторные нарушения.

Таким образом, более ранняя диагностика коксалгий, тазовых болей и в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, оссалгий в верхней трети большеберцовых костей и в плечевых суставах, несомненно, улучшит прогноз течения болезней, что определяет научно-практическую ценность работы.

Основанием для проведения этого исследования явились случаи асептического некроза головок бедренных костей у пациентов, страдающими диффузными болезнями соединительной ткани (ДБСТ), системными васкулитами (СВ), обменно-дистрофическими болезнями или при алиментарной интоксикации, когда в клинической картине не наблюдалось признаков какой-либо значимой активности процесса или произошедшее осложнение случалось в период ремиссии. В то же время мы обратили внимание на наличие коксалгий и появление тазовых болей у лиц пожилого и старческого возраста на фоне формирования аневризм брюшной аорты и признаков ее расслаивания, что всегда наблюдалось у пациентов с генерализованным атеросклерозом и ишемией нижних конечностей (Шкодкин И.В. и соавт.,2005). У большинства из этих больных диагностирован коксартроз, нередко, с грибовидной деформацией головок бедренных костей на фоне прогрессирующего полиостеоартроза.

Для проведения нашего исследования взято 120 больных в возрасте от 40 до 80 лет, из которых было 75 мужчин и 45 женщин. По возрасту они разделены следующим образом: 40-49 лет= мужчин – 10 и женщин – 12, 50-59 лет= мужчин – 18 и женщин 11, 60-69 лет= мужчин – 27 и женщин – 16, 70-80 лет= мужчин – 20 и женщин – 12. Изучены 900 историй болезней, более 3000 протоколов ангиографий брюшной аорты и артерий нижних конечностей и протоколы вскрытия умерших (53), вследствие разрыва аневризмы брюшной аорты, панкреатита, миеломной болезни, рецидивирующего инфаркта миокарла и кардиогенного шока, системного некротизирующего васкулита.

Таким образом, на основании полученных данных наиболее частыми причинами коксалгий, некрозов головок бедренных костей, тазовых болей и в поясночно-крестцовом отделе позвоночника были выявлены следующие заболевания: подагра, алкоголизм, сахарный диабет 1-типа с полинейро- и ангиопатией, лечение большими дозами глюкокортикоидов (ГКС), миеломная болезнь, полицитемия, панкреатит, инфекционный эндокардит, псориатический артрит, системная красная волчанка, болезнь Винивартера - Бюргера, болезнь Хортона, геморрагический васкулит, облитерирующий атеросклероз подвздошных и артерий нижних конечностей, аневризма аорты и случаи ее расслаивания.

Анализ полученных данных свидетельствует, что чаще ишемические поражения костей (в том числе головок бедренных костей и тел позвонков) развиваются у женщин в молодом возрасте (27-35 лет – эти случаи не вошли в исследование) на фоне аутоиммунных заболеваний (системная красная волчанка, полиангиит). Эта тенденция сохраняется и далее, но к 50 годам жизни появляется выраженная костная патология, возникающая на фоне сахарного диабета I типа (аутоиммунного заболевания с развитием поражения костной ткани и не только за счет микро- и макроангиопатии). Обращает внимание развитие ишемического поражения костей текущего или ранее перенесенного подострого (в смешанной форме) геморрагического васкулита.

У мужчин в возрасте до 50 лет наиболее частыми причинами, приводящими к коксалгии, асептическому некрозу головок бедренных костей и тазовым болям, являются инфекционный эндокардит и алкоголизм, а также острый диффузный панкреатит и болезнь Винивартера-Бюргера. К 60 годам жизни у мужчин основ-

ной причиной коксалгий, тазовых болей и оссалгий нижних конечностей является облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, который наблюдается на фоне прогрессирования ишемической болезни сердца сердца. В этот период у женщин сохраняется число больных с сахарным диабетом I типа, при котором развиваются изменения в костной ткани, но выявляются и другие: проблемы онко-гематологической патологии (полицитемия), псориатический артрит, болезнь Шенлейн-Геноха.

В дальнейшем, в пожилом и старческом периоде у мужчин, основными признаками, обусловливающими развитие костной патологии (в том числе ишемического генеза), является миеломная болезнь (с возникновением гипервязкого синдрома, анемии, костно-деструктивного процесса), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, формирование аневризм брюшной аорты с признаками ее расслаивания или полной облитерации просвета брюшной аорты от участка отхождения почечных артерий до ее бифуркации. В этом случае осуществляется сложное коллатеральное кровообращение нижних конечностей и тазового пояса. В этот период у женщин подобная патология встречается значительно реже. Так, по данным различных авторов патология аорты в брюшном отделе у женщин едва достигает 5-7%, тогда как у мужчин эта частота составляет 95%. Следует заметить, что значимую роль в формировании ишемической патологии костной ткани играет миеломная болезнь, псориатическая артропатия, панкреатиты и длительное предшествующее лечение ГКС.

Клиническая картина. Ишемическое поражение костей и суставов связано с патологией сосудов (ангиопатии, тромбозы и эмболии), возникновением гипервязкого синдрома, атеросклеротического поражения и других состояний, сопровождающихся нарушением реологических свойств крови. Более многообразным является механизм формирования костной патологии при миеломной болезни и сахарном диабете I типа. Поэтому и клинические проявления будут характеризоваться оссалгиями (в верхних третях голеней или коксалгиями, радикулоалгиями, арталгиями), либо может развиться синовит коленного, бурсит тазобедренного или плечевого суставов, что связано с обширностью поражения костной и хрящевой ткани, наличием внутрисуставных «мышей», глубиной костно-деструктивного процесса и, возможным, присоединением вторичной инфекции. Поэтому сначала может возникать

скованность движений по утрам, а затем обездвиженность на фоне картины артрита, сопровождающегося повышением температуры тела, особенно на фоне прогрессирования болезни (основного заболевания) или инфицирования. Диагностика патологии костной ткани должна происходить в объеме поиска основного заболевания, на фоне которого развился некроз головки бедренной кости, тела позвонка или проявились мелкие очаги инфаркта на фоне склероза и остеопороза, иногда сопровождающихся «западением» суставной поверхности (коллапс) или «появлением» некротических фрагментов. Лабораторная диагностика зависит от диагноза основного заболевания и стадии его развития. Полученные нами данные в основном согласуются с результатами наблюдений других авторов (Насонов Е.Л., 1994), которые показали более широкий спектр болезней, при которых развиваются ишемические поражения костей: 1.Травма. 2.Артриты и артропатии (РА, ПА, прогрессирующий тяжелый остеоартрит). 3. Эндокринные и метаболические заболевания, нейропатии (лечение ГКС, болезнь Иценко-Кушинга, алкоголизм, подагра, остеомаляция). 4. Болезни накопления (болезнь Гоше). 5. Кессонная болезнь. 6. Системные ревматические болезни (СКВ, АФС, системные некротизирующие васкулиты − болезнь Хортона). 7. Панкреатиты, беременность, ожоговая болезнь, эндокардиты, радиация, полицитемия, электрический шок, локальное введение ГКС, болезнь Пертеса, болезнь Тильмана. 8. Идиопатический аваскулярный некроз.

Для обоснования значимости рассматриваемой проблемы, при которой необходимо в кратчайшие сроки определить диагноз основного заболевания, вызвавшего некроз головок бедренных костей или просто коксалгий (или оссалгий), приводим клиническое наблюдение.

Больная Е., 47 лет, около 14 лет страдает СКВ. Начало болезни сопровождалось кольцевидной эритемой, макулопапулезными и мелкими, редко расположенными, геморрагическими высыпаниями, температура тела более 38,50С, отмечались миалгии, артриты/артралгии, серозит, миоперикардит, гломерулопатия. АНФ=1:1240 с гомогенным типом свечения, а- ДНК>50. Высокой степени активности болезни соответствовали клинические анализы крови и мочи. После выполнения комбинированной пульс-терапии с использованием преднизолона 1000 мг №3 и циклофосфана 1000 мг назначена доза ГКС (преднизолон 60мг\сут.) с по-

степенным снижением ее до поддерживающей, а циклофосфан вводился в последующем по общепринятой схеме. В анамнезе отмечены три рецидива, которые благополучно купированы применением больших доз ГКС и цитостатиков с последующим длительным приемом метипреда. Поддерживающая доза составляла 4-8 мг/сутки, а в последние 5 лет 1 т. через день. На протяжении 5-7 лет сохранялось стабильно неплохое самочувствие, больная продолжала работать на производстве. Клинико-лабораторные показатели свидетельствовали о развитии стойкой ремиссии. Итак, в 47 летнем возрасте у больной на фоне благополучия стали появляться ноющие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в области левого тазобедренного сустава. Появление болей пациентка связывала с усилением физических нагрузок на даче и длительной ходьбой. Больная была осмотрена неврологом (заключение: пояснично-крестцовая радикулоалгия) и ревматологом (обследование с целью верификации начинающегося асептического некроза головки левой бедренной кости, поскольку к этому периоду подобный вариант был диагностирован у 4 молодых женщин с СКВ). Повторные лабораторные исследования были «спокойными». Рентгенологически и при КТ-исследовании пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов никакой сколько-нибудь значимой патологии не было выявлено.

Обнаружены признаки незначительной остеопении головок бедренных костей с сохранением нормальной суставной щели. По краям вертлужных впадин выявлены небольшие экзостозы. Таким образом, при отсутствии значимой неврологической симптоматики был установлен диагноз левостороннего коксартроза с начальными проявлениями остеопении. Характер морфологических изменений, связь усиления болей (коксалгии) с физической нагрузкой, отсутствие болей в покое и полное сохранение подвижности в тазобедренном суставе в положении лежа позволили исключить грозную патологию. Однако с учетом нередких эпизодов развития острого асептического некроза головок бедренных костей у женщин, страдающих СКВ, была назначена профилактическая терапия: кальцемин 2 т/сутки, кальций содержащие таблетки, препараты типа компламина – 4 таблетки/сутки, триовит- 2 т/сутки (несколько циклов по 2 недели приема), дезагреганты (тиклид 1 месяц, затем курантил 100-150мг/сутки), оротат калия 4 таблетки/сутки в течение 1,5 месяцев. Больная принимает метипред 1 т. че-

рез день. Было рекомендовано втирание мазей или гелей, содержащих НПВП, в область левого тазобедренного сустава и поясничнокрестцового отдела позвоночника, а также массаж. Назначенная терапия привела к положительному результату уже через 2 недели. Больная осмотрена через 1,5 года (пациентка выезжала с места жительства): клинико-лабораторные анализы «спокойные». Состояние костной ткани без перехода градации остеопении в остеопороз. Поскольку коксалгии прошли, больная отказалась повторно выполнить денситометрию. Таким образом, понимая, что появление оссалгий в верхней трети большеберцовых и плечевых костей, коксалгий или болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника может быть связано и ишемией костей и приводить к асептическим некрозам их головок (эпифизов), то раннее выявление этих симптомов требует диагностического разрешения возникшей проблемы и адекватных методов лечения. К настоящему времени нет способов гарантированной терапии начинающегося некроза головок бедренных костей, но своевременная диагностика причин подобных осложнений может обеспечить выявление основного заболевания, проявляющегося развитием костной патологии. Именно этот аспект определяет высокую актуальность данной работы.

Литература:

1.Бессмельцев С.С., К.М. Абдулкадыров. Множественная миелома. СПб, 2004. - 446 с.

2.Внутренние болезни (онкология и эндокринология). Под ред. Т.Р. Харрисона. Книга 8. М "медицина", 1996. - 320 с.

2. Красовский И.И., И.В. Шкодкин, Л.В.Лихачев и др. некоторые вопросы лечения расслаивающей аневризмы аорты. Ж. Вестник Хирургии, 2002,Т.161, № 5, С.26-32.

3.Клиническая ревматология. Руководство для врачей. Под ред. член. кор. РАМН проф. В.И. Мазурова. Санкт-Петербург "Фолиант", 2005. – 430 с.

4.Насонов Е.Л., А.А. Баранов, Н.П. Шилкина. Васкулиты и васкулопатии. Ярославль"Верхняя Волга",1999. - 614 с.

5.Шкодкин И.В., Е.П. Иливанова. Диагностические проблемы коксалгий. Научно-практическая ревматология. Тезисы 4 съезда ревматологов России, 23-26 мая 2005 года. г. Казань, С. 567.

РОЛЬ ПРОКОЛЛАГЕНОВЫХ ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ В ГЕНЕЗЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Щербакова К.А.

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

Фиброз миокарда - необратимый процесс, приводящий к таким патологическим состояниям, как нарушения ритма и проводимости, снижение сократительной и релаксивной способности миокарда, уменьшение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) с развитием сердечной недостаточности. Механизмы, участвующие в формировании фиброза до сих пор остаются до конца не изученными [2]. Важную роль в генезе фиброзообразования играют фибробласты, способные продуцировать белки внеклеточного матрикса. В основе данного процесса лежит дисбаланс между стимулирующими (ангиотензин II, эндотелин I, катехоламины, трансформирующий фактор роста-β, инсулиноподобный фактор роста) и ингибирующими факторами (брадикинин, простагландины, оксид азота, натрийуретический пептид, глюкокортикоиды) [10]. На молекулярном уровне показано, что фиброз предсердий и желудочков имеет определенные различия: предсердный фиброз происходит по эндомизиальному пути (каждое мышечное волокно окружено коллагеном), а фиброз желудочков по перимизиальному пути (коллегановым матриксом окружены группы волокон) [1]. Основным белком, продуцируемым фибробластами, служит коллаген. В фиброзе миокарда участвуют 2 типа коллагена: I и III типы. Коллаген I типа синтезируется из проколлагенового предшественника, содержащего С-терминальный пептид из проколлагена I типа (procollagenIC-terminalptopeptid (PICP)); коллаген III типа из проколлагенового предшественника, содержащего N-терминальный пептид из проколлагена III типа (procollagenIIIN-terminalptopeptid (PIIINP)). Уровень этих пропептидов взаимосвязан с темпами развития фиброза и может стать чувствительным прогностическим маркером активности данного процесса [2,4]

Классической клинической моделью участия проколлагенов различного типа в развитии фиброза при кардиальной патологии может считаться гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП). Так, в одном из исследований приняло участие 107 пациентов, которые были разделены на группы: 38 лиц с мутацией белков сарко-плазма-

тического ретикулума (37 MYH7, 31MYBPC3, 9 cardiactroponinT, and α-tropomyosin) и гипертрофической кардиомиопатией, 39 пациентов с данной мутацией, но без ГЛЖ, контрольная группа включала 30 человек без мутации и с нормальным индексом массы миокарда ЛЖ [4]. Контрольная группа и пациенты с мутацией, но без гипертрофии были одного возраста, не имели симптомов сердечной недостаточности, не получали кардиотропную терапию и характеризовались нормальными размерами сердца. Пациенты в группе с ГЛЖ были старше, имели значимо более высокий индекс массы миокарда ЛЖ ($p<0,001$), меньший диастолический объем этой камеры сердца. Анализ показателей проколлагена был проведен после исключения 8 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией, получавших блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, которые оказывают влияние на метаболизм коллагена. Содержание проколлагена I типа в крови оказалось максимальным у пациентов с сочетанным наличием ГКМП и патологической мутацией белков саркоплазматического ретикулума, достоверно меньшим у лиц без гипертрофии, но с наличием патологических кардиальных мутаций и минимальным - у лиц группы контроля [4]. Поскольку коллаген I типа может реагировать на изменения в костной ткани, в частности в период активного роста человека в детстве и юношестве, для минимизации данного влияния на результаты исследования авторами цитируемой работы [5] измерялся уровень специфичной для костной ткани щелочной фосфатазы (ЩФ). Сравнивая уровни ЩФ в группах, содержащих мутацию, с контрольной группой, было показано минимальное содержание этого фермента в крови у пациентов с ГКМП, значимо большее (в пределах референсной нормы) - у лиц без ГЛЖ с наличием мутации и максимальное (в пределах нормального диапазона значений) - у лиц группы контроля. Таким образом, соотношение PICP к ЩФ оказалось значительно выше в группах с мутацией по сравнению с группой контроля. Это служит доказательством того, что наблюдаемый в периферической крови подъем PICP в большей мере реагирует на синтез коллагена в миокарде, чем на изменения в костной ткани [4].

Опубликован ряд работ, направленных на сопоставление клинической значимости PINP и PIIINP. Так, в одном из исследований принял участие 51 пациент с хронической сердечной недостаточностью, фракция выброса ЛЖ у которых измерялась с помощью

вентрикулографии с технецием 99, составив 36% (26-41%). Авторы оценили содержание названных проколлагенов у лиц с различной сократительной способностью ЛЖ (низкой и очень низкой). Оказалось, что у субъектов со средней по группе ФВ, равной 24,9%, уровни PINP и PIIINP значительно превышали таковые у пациентов со средней по группе ФВ, равной 35,6%. Авторы этой работы показали большую прогностическую ценность PIIINP по сравнению с PINP в отношении развития фиброза миокарда [5].

Кардиомегалия, классической клинической моделью которой может служить дилатационная кардиомиопатия (ДКМП), также ассоциирована с уровнем коллагена и других факторов фиброзообразования. Установлено, что содержание в крови PIIINP, фактора роста соединительной ткани, матриксных металлопротеиназ 2 и 9 типов (разрушающих белки внеклеточного матрикса) у пациентов с ДКМП значительно превышает таковое у здоровых лиц [9].

Увеличение фракции коллагена в миокарде считается наиболее значимым фактором, определяющим развитие диастолической дисфункции миокарда. Обнаружена взаимосвязь между уровнем коллагена, содержанием различных типов проколлагена со временем замедления митрального потока в фазу активного наполнения ЛЖ, показателем тканевой допплерографии E/e [11].

«Золотым стандартом» определения степени миокардиального фиброза служит биопсия миокарда, которая позволяет определить объемную фракцию коллагена с помощью количественной морфометрии после окрашивания коллаген-специфическим красителем [8]. В качестве подтверждения суждения о высокой клинической значимости коллагенообразования для манифестации сердечной недостаточности с сохраненной сократительной, но нарушенной релаксивной функцией ЛЖ можно указать на работу отечественных кардиологов, которыми было изучено 17 аутопсийных материалов, полученных у пациентов, умерших от прогрессирующей ХСН (8 с систолической ХСН, 9 с диастолической ХСН). Выраженность интерстициального фиброза у умерших от диастолической ХСН оказалась достоверно большей по сравнению с таковой у умерших от систолической ХСН. Кроме того, интенсивность иммуногистохимического окрашивания коллагена III в группе умерших от диастолической ХСН значительно превосходила этот параметр у умерших от систолической ХСН [3].

Подводя заключение этого весьма краткого обзора литератур-

ных данных, следует подчеркнуть, что показатели синтеза коллагена (PICP и в большей степени PIIINP) могут выступать в качестве высокочувствительных показателей фиброза миокарда. Помимо подтверждения уже существующего у пациента фиброза, возможна оценка содержания PIIINP и PICP в периферической крови в интересах уточнения активности (темпа) фиброзирующего процесса, что может способствовать своевременному назначению терапии, замедляющей данный процесс, и улучшающей прогноз.

Список литературы

1. Драпкина О., Емельянов А. Предсердный фиброз – морфологическая основа фибрилляции предсердий // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – Т.9, №4. – С. 417-419.

2. Драпкина О., Емельянов А. Фиброз и фибрилляция предсердий – механизмы и лечение // Артериальная гипертензия. – 2013. – Т.19, №6. – С. 487-494.

3. Барсуков А. Гипертрофическая кардиомиопатия и амилоидоз сердца: трудности дифференциальной диагностики/ А. Барсуков [и др.]// Врач. – 2005. - №10. – С.42-46.

4. Соломахина Н., Варшавский В., Попова О. Фиброз миокарда у больных систолической и диастолической хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. – 2009. – Т.10, №5. – С. 248-253.

5. Carolyn Y.H., Begona L., Otavio R. et al. Myocardial fibrosis as an early manifestation of hypertrophic cardiomyopathy // NEJM. – 2010. – Vol. 363, № 6. – P. 552-563.

6. Lin Y.T., Lin Y.H., Wu X.-M.et al. The relationship between serum fibrosis markers and restrictive ventricular filling in patients with heart failure with reduced ejection fraction: A technetium-99m radionuclide ventriculography study // Oncotarget. – 2017. – Vol. 8, № 2. – P. 2381-2390.

7. Lopez B., Gonzalez A., Querejeta R.et al. The use of collage-derived serum peptides for clinical assessment of hypertensive heart // J Hypertens. – 2005. – Vol. 23, № 8. – P. 1445-1451.

8. Michalski B., Trzcinski P., Kupczynska K. The differences in the relationship between diastolic dysfunction, selected biomarkers and collagen turn-over in heart failure patient with preserved and reduced ejection fraction // Cardiol J. 2016 Oct 17.doi:10.5603/CJ.a2016.0098

9. Querejeta R., Varo N., Lopez B. et al. Serum carboxy-terminal

propeptide of procollagen type 1 is a marker of myocardial fibrosis in hypertensive heart disease // Circulation. – 2000. – Vol. 101, № 14. – P. 1729-1735

10. Rubis P. et al. Fibrosis of extracellular matrix is related to the duration of the disease but unrelated to the dynamics of collagen metabolism in dilated cardiomyopathy // Inflamm Res. – 2016. – Vol. 65, № 12. – P. 941-949

11. Weber K. Fibrosis and hypertensive heart disease // Curr Opin Cardiol. – 2000. – Vol. 15, № 4. – P. 264-272.

12. Zile M., Nappi J. Diastolic heart failure // Curr Treat Options Cardiovasc Med. – 2000. – Vol. 2, № 5. – P. 439-450.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Барсуков А.В.[1], Сеидова А.Ю.[2]

[1]Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

[2]Медико-санитарная часть МВД РФ по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области

Введение. Артериальная гипертензия – одна из доминирующих медико-социальных проблем современности. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, 13% смертей по всему миру связано непосредственно с повышенным кровяным давлением или ассоциированными с ним осложнениями [WHO, 2013]. В ряде работ установлена ассоциация демографических и антропометрических факторов с уровнем артериального давления и состоянием органов-мишеней при гипертонической болезни. Мужской пол традиционно считается важным фактором риска сердечно-сосудистой патологии [D'AgostinoR.B. etal., 2000], однако работы последнего десятилетия ставят под сомнение незыблемость этого положения, приводя многочисленные свидетельства неблагоприятного течения кардиоваскулярной патологии в женской популяции [Болдуева С.А. и др., 2012; Zhang Y., 2010]. На текущем этапе существует недостаток в научных исследованиях, направленных на уточнение характера и механизмов взаимосвязи факторов сердечно-сосудистого риска, субклинического поражения органов-мишеней при неосложненной гипертонической болезни в относительно однородных выборках обследованных мужчин и женщин.

Цель исследования. Оценить особенности показателей основных видов обмена веществ и маркеров провоспалительного статуса у мужчин и женщин, страдающих гипертонической болезнью неосложненного течения.

Материал и методы. На этапе прескрининга было изучено 470 единиц медицинской документации (амбулаторных карт, медицинских книжек, историй болезни) субъектов в возрасте 45-59 лет, в результате чего, с учётом дизайна настоящего исследования, было отобрано 61 из них. Основную группу составили 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин), страдавшие ГБ II стадии (1-3 степенью повышения АД). Стадию ГБ и степень артериальной гипертензии (АГ) устанавливали согласно Рекомендациям экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов (РМОАГ и ВНОК, 2010) [Чазова И.Е. и др., 2010]. Пациенты основной группы имели нормальный индекс массы тела, нормальную систолическую и диастолическую функции левого желудочка и не имели критериев исключения, которыми считали: вторичный характер АГ, инфаркт миокарда в анамнезе, некоронарогенные заболевания миокарда (кардиомиопатии, миокардиты), клапанные пороки сердца, фибрилляцию предсердий и иную клинически значимую аритмию сердца, хроническую болезнь почек 4-5 стадии, сахарный диабет 1 и 2 типов, любую клинически значимую бронхо-лёгочную патологию, нарушение функции щитовидной железы, острые воспалительные заболевания или обострения хронических заболеваний в течение 2 недель до включения в исследование, онкологические заболевания, невозможность обеспечения должного качества эхокардиографии или невозможность оценки диастолической функции ЛЖ в достаточном объеме. В качестве группы контроля отобраны 31 человек (15 мужчин и 16 женщин) без наличия артериальной гипертензии и иной клинически значимой патологии. Лица группы контроля и основной группы были сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ. В таблице 1 отражены основные исходные характеристики обследованных лиц.

Таблица 1. Общая характеристика участников исследования

Исходные показатели	Основная группа (пациенты с ГБ II стадии)		Группа контроля (лица без клинически значимой патологии)	
	Мужчины (n=15)	Женщины (n =15)	Мужчины (n=15)	Женщины (n =15)
Возраст	50,4±5,3	49,8±6,7	51,3±4,2	50,1±4,5
ИМТ, кг/м^2	24,1±4,1	25,2±4,6	22,6±1,7	23,2±1,8
Офисное САД, мм рт. ст.	142,5±10,3	145,3±9,8	120,5±7,6	117,1±12,5
Офисное ДАД, мм рт. ст.	90,7±12,5	92,4±10,4	75,7±5,1	70,5±7,2
ЧСС,уд/мин	72,4±6,3	76,3±8,7	66,1±7,9	70,5±6,7

У отобранных после оценки критериев включения / исключения пациентов основной группы проводили анализ следующих данных с учетом гендерной принадлежности:

- показателей биохимического анализа крови, включавшего: уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), мочевой кислоты, глюкозы, креатинина, мочевины, калия;
- показателей провоспалительного статуса в крови (С-реактивного белка, фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина 6).

Полученные данные были обработаны с помощью программы «StatisticaforWindows» (версия 10.0). Проверку нормальности распределения проводили методом Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Дихотомические и порядковые качественные данные выражались в виде частот (n) — число объектов с одинаковым значением признака и долей (%). Оценку групповых различий проводили путем определения значения t-критерия

Стьюдента (сравнения средних выборок, имеющих нормальное распределение переменных) и зависимости между категориальными переменными по Пирсону (критерия χ^2). Критическим уровнем значимости считали $p < 0,05$.

Результаты исследования. В интересах дизайна исследования в таблице 2 приведена значимость различий между одноименными показателями среди мужчин и женщин в пределах основной группы и группы контроля (подгруппа 1 к подгруппе 2 и подгруппа 3 к подгруппе 4), среди мужчин основной и контрольной групп (подгруппа 1 к подгруппе 3), среди женщин основной группы и группы контроля (подгруппа 2 к подгруппе 4).

Как следует из данных, представленных в таблице 1, уровень общего холестерина у мужчин основной группы достоверно превосходил таковой у женщин из этой же группы ($p=0,005$), а также у мужчин из группы контроля ($p=0,002$). Содержание ХС ЛПНП в сыворотке крови у мужчин с ГБ II ст. существенно превышало таковое у мужчин без клинически значимой патологии ($p=0,003$). Женщины из основной группы также обладали достоверно большим значением ХС ЛПНП, чем женщины контрольной группы ($p=0,04$). Уровень триглицеридов сыворотки у мужчин основной группы существенно превосходил аналогичный параметр у женщин из этой же группы ($p=0,03$), а также у мужчин из группы контроля ($p=0,002$). Содержание мочевой кислоты у мужчин с ГБ II ст. значительно превышало величину аналогичного показателя у женщин этой же группы ($p=0,05$) и у мужчин без клинически значимой патологии ($p=0,03$). Натощаковая гликемия у мужчин из основной группы достоверно превышала таковую у мужчин из группы контроля ($p=0,04$), а у женщин из основной группы – таковую у женщин из контрольной группы ($p=0,05$). Остальные различия показателей основных видов обмена веществ между изученными подгруппами не характеризовались статистической достоверностью ($p>0,05$).

Как следует из данных, отражённых в таблице 2, содержание С-реактивного белка, ФНО-α, ИЛ-6 в крови у мужчин с ГБ II ст. существенно превышало таковое у мужчин без клинически значимой патологии ($p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,004$ соответственно). Уровни С-реактивного белка, ФНО-α, ИЛ-6 в крови у женщин с ГБ II ст. также достоверно превосходили аналогичные показатели у женщин без клинически значимой патологии ($p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,002$ соответственно). Примечательно, среди мужчин и жен-

щин в пределах основной группы и группы контроля не наблюдалось достоверных различий изученных показателей провоспалительного статуса (p>0,05).

Таблица 2. Показатели липидного, пуринового, углеводного обмена, провоспалительного статуса у обследованных лиц (M ± s. d.)

Показатели	Основная группа (пациенты с ГБ II стадии)		Группа контроля (лица без клинически значимой патологии)		Достоверные различия между подгруппами (1 к 2, 1 к 3, 3 к 4, 2 к 4) (p-значение)
	1	2	3	4	
	Мужчины n =15	Женщины n =15	Мужчины n =15	Женщины n =16	
Общий холестерин, ммоль/л	5,68±1,25	4,37±1,04	4,11±0,68	4,08±0,97	1 к 2, p=0,005 1к 3, p=0,002
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,38±0,78	3,26±0,68	2,36±0,79	2,55±0,76	1 к 3, p=0,003 2 к 4, p=0,04
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,75±0,57	1,87±0,38	1,93±0,35	1,92±0,43	–
Триглицериды, ммоль/л	2,69±0,89	1,89±0,82	1,49±0,77	1,56±0,67	1 к 2, p=0,03 1 к 3, p=0,002
Мочевая кислота, мкмоль/л	443±107	374±51	347±52,3	328±43,9	1 к 2, p=0,05 1 к 3, p=0,03
Глюкоза плазмы ммоль/л	5,23±0,79	5,24±0,92	4,78±0,32	4,74±0,41	1 к 3, p=0,04 2 к 4, p=0,05

С –реактивный белок, мг/л	3,58±0,98	3,42±1,02	1,95±1,72	1,85±1,42	1 к 3, p=0,001 2 к 4, p=0,001
Фактор некроза опухоли альфа, пг/мл	3,68±1,06	3,33±0,77	2,43±1,53	2,29±1,55	1к 3, p=0,002 2 к 4, p=0,003
Интерлейкин-6, пг/мл	3,42±0,86	3,09±0,68	2,76±1,07	2,81±1,01	1к 3, p=0,004 2 к 4, p=0,002

Заключение. Установленные среднегрупповые липидные показатели у обследованных нами субъектов с АГ в целом превышали референсный диапазон для мужчин и женщин средней возрастной группы (по определению, относимых к категории высокого сердечно-сосудистого риска несмотря на отсутствие кардиоваскулярного анамнеза), обозначенный в Российских рекомендациях V пересмотра (2012), подготовленных совместно экспертами Российского кардиологического общества (РКО), Национального общества по изучению атеросклероза (НОА), Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР) [Кухарчук В.В. и др., 2012]. Примечательно, что в пределах гипертензивной выборки у мужчин все изученные атерогенные показатели (ХС, ХС ЛПНП, ТГ) превышали таковые у женщин, при этом среди нормотензивных лиц группы контроля подобных гендерных различий не было выявлено. Аналогичная тенденция была обнаружена применительно к урикемии (соответствовавшей среднестатистической норме): достоверные гендерные различия в сывороточном содержании мочевой кислоты прослеживались только в пределах группы лиц с гипертензией. Несмотря на нахождение глюкозы венозной плазмы натощак в референсном диапазоне значений среди лиц обеих групп, данный показатель у больных АГ (как у мужчин, так и у женщин) существенно превышал аналогичный показатель у нормотензивных субъектов. Маркеры провоспалительного статуса (С-реактивный белок, ФНО-α, ИЛ-6) среди соответствовали норме как среди гипертензивных, так и нормотензивных лиц. Мужчины и женщины, страдающие гипер-

тензией, обладали статистически достоверным превосходством в сывороточном содержании С-реактивного белка, ФНО-α, ИЛ-6 по отношению к мужчинам и женщинам из группы контроля.

Выводы

1. В средневозрастной группе лиц с нормальным трофологическим статусом гипертоническая болезнь неосложненного течения сопровождается отчетливой тенденцией к ухудшению показателей липидного, углеводного, пуринового метаболизма и субклинической напряженностью провоспалительного паттерна.

2. Принадлежность к мужскому полу ассоциирована с достоверным превосходством уровня в крови атерогенных показателей липидного обмена, глюкозы, мочевой кислоты, С-реактивного белка, фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина 6 среди лиц с гипертонической болезнью II стадии, но не с нормотензией.

Список литературы

1. Барсуков А.В. Эссенциальная гипертензия и ИБС: от клинической взаимосвязи к стратегии лечения// Вестник РВМА. – 2014. - №2. – С. 192-201.

2. Болдуева С.А., Тростянецкая Н.А., Леонова И.А. и др. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда: результаты ретроспективного исследования // Проблемы женского здоровья. – 2012. – Т.7, №2. – С.11-16.

3. Кухарчук В.В., Коновалов Г.А., Сусеков А.В. И др. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации РКО, НОА, РосОКР (V пересмотр). – 2012, М. – 50 с.

4. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов) // Системные гипертензии. – 2010. – №3. – С. 5-26.

5. D'Agostino R.B., Russell M.W., Huse D.M. et al. Primary and subsequent coronary risk appraisal: new results from the Framingham Study // Am Heart J. – 2000. – Vol. 139. – P. 272-281.

6. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global status report on noncommunicable diseases 2010 // Geneva, 2013. – 176 p.

7. Zhang Y. Cardiovascular diseases in American women // Nutr Metab Cardiovasc Dis. – 2010. – Vol. 20, № 6. – P. 386–393.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ β-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Салухов В.В., Шустов С.Б., Чумак Б.А., Ромашевский Б.В.

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

Введение. При развитии сахарного диабета 1-го типа (СД1) ключевым вопросом является природа аутоиммунного разрушения β-клеток и отсутствие регенерационных процессов в поджелудочной железе. Общепринятой является точка зрения необратимости разрушения β-клеток и дальнейшей аутоиммунной агрессии по отношению к вновь дифференцирующимся инсулинсекретирующим клеткам островков Лангерганса [2]. После клинической манифестации СД1 даже частичное восстановление секреции инсулина считается невозможным, поскольку большая часть β-клеток к этому моменту уже погибла. Традиционным критерием завершения аутоиммунного разрушения β-клеток эндокринных островков считается отсутствие С-пептида. Предполагается, что наличие С-пептида в крови замедляет развитие осложнений, а его экзогенное введение в ряде случаев может облегчить страдание пациентов [4].

С другой стороны, существуют предварительные сведения о возможности регенерации эндокринных клеток при СД и неоднородности популяции β-клеток внутри островков Лангерганса [5]. Таким образом, для понимания патогенеза заболевания необходимо на достаточно большом материале оценить масштабы индивидуальной изменчивости инволюции β-клеток. По этой причине обследование пациентов с длительным анамнезом СД1 представляет собой важную научную и клиническую задачу.

Цель исследования. Оценить секрецию С-пептида, как маркёра наличия функционирующих β-клеток и синтеза собственного инсулина у пациентов с длительным течением СД1.

Материалы и методы. У 300 пациентов СД1, в возрасте от 18 до 55 лет, 132 мужчин и 168 женщин, с длительностью диабета от 20 лет до 40 лет в периферической крови исследована концентрация глюкагона, С-пептида, антител к инсулину. Клиническое обследование проводилась в 1 клинике (терапии усовершенствования врачей) им. Н.С. Молчанова Военно-медицинской академии в 2012–2013 гг.

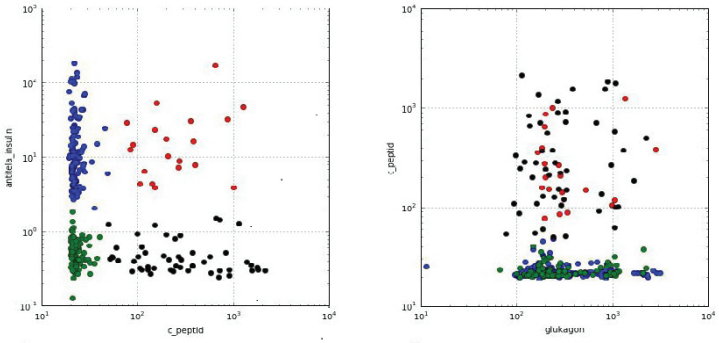
Количественная оценка концентрации глюкагона в плазме крови проведена способом конкурентного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «BioVendor» (Гонг-Гонг, Китай). Концентрация С-пептида, антител к инсулину выполнена путем иммунорадиометрического анализа с использованием наборов фирмы «Immunotech» (Франция).

Морфологическая часть исследования проводилась на аутопсийном материале поджелудочных желез (ПЖ) человека, собранном в 2007–2011 гг. Было исследовано 18 аутопсий ПЖ, полученных от мужчин (24–88 лет) и 12 – от женщин (31–96 лет), не страдавших нарушениями углеводного обмена и заболеваниями ПЖ. Кроме этого было исследовано 5 аутопсий поджелудочной железы людей, страдавших длительное время СД1 (мужчины 27–66 лет). Образцы аутопсий брали из хвостового отдела ПЖ. Материал фиксировали в забуференном формалине или жидкости Буэна, заливали в парафин и делали серийные срезы толщиной 3, 5 и 10 мкм. Для изучения распределения в островках α- и β- клеток было проведено двойное иммуногистохимическое окрашивание в реакции инсулин (мышиные моноклональные антитела) + глюкагон (кроличьи поликлональные антитела). Для выявления указанных антигенов использована система детекции MultiVision Polymer Detection System: MultiVision anti-rabbit/HRP + anti-mouse/AP polymers (Thermo Scientific).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у пациентов, страдающих СД1 не менее 20 лет, имел место синтез собственного инсулина. При этом, в 23% случаев синтез инсулина β-клетками был близок или соответствовал принятой клинической норме.

При таком уровне синтеза эндогенного инсулина логически оправдано сопоставление уровня синтеза С-пептида и количества антител к инсулину (рис. 1а). Сравнение индивидуальных количественных характеристик этих параметров в логарифмических координатах позволило выявить четыре группы пациентов. Наиболее ожидаемый результат был получен для 23% пациентов. В этой группе низкий уровень С-пептида соответствовал практическому отсутствию антител к инсулину (см. рис. 1а, выделены зеленым цветом). Такая корреляция между уровнем С-пептида и антител к инсулину ожидаема. Для большинства исследователей и клиницистов очевидна ситуация, при которой снижение уровня синтеза собственного инсулина должно приводить к снижению

уровня антител. Эти выводы отчасти нарушает вторая группа пациентов, которые показывают практическое отсутствие синтеза С-пептида при высоком уровне антител к инсулину (выделены синим цветом). В 45% случаев высокий уровень антител к инсулину сохранялся у пациентов при отсутствии С-пептида в периферической крови. По-видимому, это указывает на хроническую вторичную иммунизацию экзогенным инсулином, что является следствием проводимой инсулинотерапии.



А Б

Рис.1. Распределение индивидуальных параметров количественной оценки синтеза С-пептида, антител к инсулину и глюкагона в периферической крови у больных страдающих сахарным диабетом первого типа более 20 лет. а – логарифмический график показателей С-пептида и антител к инсулину. Разными значками выделены четыре группы пациентов; б – логарифмический график показателей с-пептида и глюкагона. Значки конкретных показателей соответствуют группам на графике а

В рамки общепринятой гипотезы развития СД1 вписываются данные третей группы пациентов, отмеченных на рисунке красным цветом. В группу вошли пациенты с высоким уровнем С-пептида и антител к инсулину. Эта ситуация вполне объяснима, поскольку высокий уровень синтеза собственного инсулина и регулярное введение экзогенного гормона должны приводить к ответной выработке соответствующих антител. В эту группу вошло только 7% обследованных пациентов, это позволяет полагать, что спустя 20 лет после манифестации СД1 у пациентов сохранился синтез собственного инсулина. Его наличие не находит внятного объяснения как в теоретических, так и клинических исследованиях [5]. Один вариант объяснения этих наблюдений состоит в том, что аутоиммунная агрессия против β-клеток никак не может завершиться. Несмотря на более чем 20-летнюю аутоиммунизацию, β-клетки воспроизводятся и продолжают синтезировать инсулин и

С-пептид. Это примитивное объяснение вызывает вполне понятные сомнения. Противовесом ему может служить предположение о том, что в островках Лангерганса могут быть клетки, не вызывающие аутоиммунной агрессии, а обнаруженные в пробах антитела к инсулину выработаны к экзогенному гормону.

Эта точка зрения подтверждается существованием четвёртой группы пациентов (выделены чёрным цветом). В этом случае наличие С-пептида свидетельствует о масштабном синтезе и секреции собственного инсулина. Выявленный уровень С-пептида в плазме крови пациентов свидетельствует о том, что количества эндогенного инсулина могло бы хватить для снижения дозы и даже для отмены инсулинотерапии. При этом обращает на себя внимание низкий уровень антител к инсулину, что улучшает прогноз уменьшения введения экзогенного инсулина.

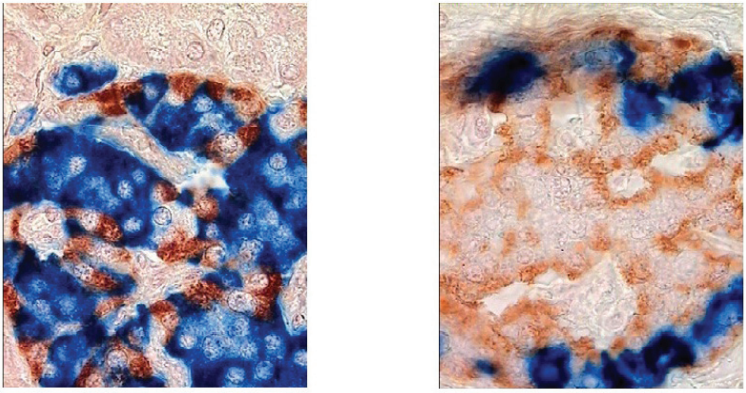
При анализе выделенных выше групп особый интерес представляет соотношения синтеза С-пептида и глюкагона, который был количественно исследован у тех же пациентов (Рис. 1б).

На рисунке 1б видно, что две группы с высоким и низким уровнем антител к инсулину перемешаны. Это говорит о том, что связь между уровнем секреции глюкагона и выработкой антител к инсулину невелика. Показательно отсутствие прямой связи между секрецией С-пептида и глюкагона. Однако выявлено две не однозначных тенденции, требующих дополнительных исследований. В 50% случаев обнаружена сниженная концентрация глюкагона и С-пептида, а в 19% случаев у пациентов была выявлена высокая концентрация С-пептида при низком уровне глюкагона. Оставшиеся пациенты (31% от общего числа обследованных) рас¬пределились между двумя неравными группами. У 7% был выявлен как высокий уровень С-пептида, так и глюкагона. В 24% случаев С-пептид был обнаружен в следовых количествах, а концентрация глюкагона существенно превышала норму. Следовательно, вы¬явленные соотношения С-пептида и глюкагона пред¬полагают параллельное существование нескольких вариантов функциональной активности островков поджелудочной железы у больных СД1.

Таким образом, при длительном анамнезе СД1 у 15–20% пациентов сохраняется или восстанавливается дифференцировка β-клеток, которые способны синтезировать собственный инсулин в количестве, близком к нормальному. Эти результаты подтверждаются и данными иммуногистохимического исследования: в 3 из 5

аутопсий ПЖ больных СД1 окраска на инсулин показала наличие β-клеток способных к синтезу собственного инсу¬лина (рис. 2).

Кроме того, были обнаружены клетки, содержащие одновременно инсулин и глюкагон в зрелых островках человека, в том числе и у лиц, страдавших сахарным диабетом 1-го типа, у которых сохранилась остаточная секреция инсулина. При двойном иммуногистохими¬ческом окрашивании на инсулин и глюкагон в норме была обнаружена ко-локализация инсулина и глюкаго¬на в цитоплазме части клеток, расположенных вблизи капилляров (рис 2а). У больных СД1 эти клетки рас¬положены преимущественно по периферии островка и соседствуют с глюкагон-содержащими клетками и капиллярами (рис. 2б).



А Б

Рис. 2. Микрофотографии островков поджелудочной железы: а – мужчина, 76 лет, не страдавший нарушениями углеводного обмена. б – Крупный островок Лангерганса мужчины 41 г., страдавшего СД1. Двойная иммуногистохимическая окраска на инсулин (синий) и глюкагон (красный). В некоторых клетках обнаружена ко-локализация 2 гормонов. Толщина среза – 3 мкм, ув. ×100

Клетки, синтезирующие одновременно инсулин и глюкагон, обнаружены многими авторами во время пренатального развития человека. Ко-локализация инсулина и глюкагона была обнаружена и в клетках панкреатических островков грызунов, как во время развития, так и у взрослых животных.

В настоящее время широко обсуждается воз¬можность трансформации эндокринных клеток ПЖ [1, 3, 6]. В этой схеме предполагается, что островки проходят в развитии несколько стадий. В

зрелых островках Лангерганса происходит уменьшение процентного соотношения инсулинсодержащих клеток к глюкагонсодержащим и, следовательно, можно предположить, что по мере развития островка ряд β-клеток дедифференцируется в глюкагонсекретирующие клетки.

Однако эта гипотеза не дает ответа о причинах прекращения аутоиммунного процесса в части случаев СД1. Мы предлагаем альтернативную гипотезу. Сохранение в поджелудочной железе пациентов системы воспроизводства и функциональной активности островков Лангерганса позволяет сделать предположение о неоднородности популяции β-клеток. Допустим, что в поджелудочной железе здоровых людей существует два типа β-клеток секретирующих инсулин и С-пептид. Как самым простым, так и самым вероятным можно считать предположение о существовании вызывающих и не вызывающих аутоиммунную реакцию популяций β-клеток. Для удобства рассуждений гипотетически выделим неиммуногенную популяцию АВ-клеток, а иммуногенную – ВВ-клеток. Остаётся наделить эти две группы клеток различными свойствами, которые помогут найти формально непротиворечивое объяснение полученным результатам. В начале развития сахарного диабета 1-го типа повышение нормального уровня антител к инсулину, а затем и их гиперпродукция отражает только снижение количества ВВ-клеток. Процессы компенсаторной дифференцировки ВВ-клеток индивидуально изменчивы и предопределяют темпы снижения синтеза инсулина. Когда процессы аутоиммунного разрушения популяции ВВ-клеток завершаются, наступает так называемая абсолютная инсулиновая недостаточность, характерная для диабета 1-го типа.

Следовательно, полученные данные позволяют реконструировать примерную последовательность развития сахарного диабета первого типа. После начала заболевания аутоиммунной агрессии подвергаются только ВВ-клетки, а АВ-клетки сохраняются интактными. Соотношение популяций клеток 9:1, на что указывают многочисленные наблюдения. Во всех клинических исследованиях отмечается, что в островках поджелудочной железы общее число инсулинпродуцирующих клеток уменьшается до 10% от нормального количества. Судя по всему, этот остаток и является исходной популяцией АВ-клеток. При дальнейшем развитии заболевания регенерация популяции ВВ-клеток крайне затруднена, поскольку

сывороточное содержание антиинсулиновых аутоантител класса IgG сохраняется аномально повышенным. Островки, содержащие ВВ-клетки подвергаются аутоиммунной агрессии и разрушаются. При длительном течении заболевания популяция не вызывающих аутоиммунной агрессии АВ-клеток постепенно увеличивается. Это длительный процесс, который позволяет предположить существование пока неизвестных процессов торможения дифференцировки АВ-клеток или механизмов подавления их функциональной активности.

Выявление клеток, содержащих одновременно инсулин и глюкагон, также доказывает возможность одновременного существования двух субпопуляций β-клеток. Одна субпопуляция (АВ-клетки) одновременно синтезирует два гормона, а вторая (ВВ-клетки) – только инсулин.

Заключение. Получены клинические и морфологические данные, предполагающие существование двух типов инсулин-продуцирующих клеток в поджелудочной железе человека. У здоровых людей β-клетки островков Лангерганса неоднородны и включают в себя две субпопуляции АВ-клеток и ВВ-клеток. Эти популяции различаются как по коли¬чественному представительству в островках, так и по отношению к аутоиммунным процессам при раз¬витии СД1. Популяция АВ-клеток неиммуногенна и составляет около 10% всех инсулинпродуцирующих клеток островков. Популяция ВВ-клеток включает в себя 90% всех инсулинпродуцирующих клеток и может вызывать аутоиммунную агрессию. При длительном развитии СД1 в поджелудочной железе начинают превалировать АВ-клетки, что приводит к отсроченному восстановлению синтеза эндогенного инсулина у части больных СД1.

Литература

1. Прощина, А.Е. Иммуногистохимическое исследование рас¬пределения А- и В- клеток в разных типах островков Лан¬герганса поджелудочной железы человека / А.Е. Прощина, С.В. Савельев // Бюл. экспер. биол. и медицины. – 2013. – Т. 155. – № 6. – С. 763–767).

2. Савельев, С.В. Клинико-морфологическая оценка синтеза инсулина β-клетками поджелудочной железы при длительном развитии сахарного диабета I типа// С.В. Савельев, С.Б. Шустов [и др.]// Вестник РВМА. – 2015. - № 3. – С. 78-82.

2. Carlotti, F. β-Cell Generation: Can Rodent Studies Be Translated to Humans? / F. Carlotti [et al.] // J. of Transplantation. – 2011, Article ID. – 15 p.

3. Mezza, T. Insulin Resistance Alters Islet Morphology in Nondiabetic Humans / T. Mezza // Diabetes. – 2014. – №3. – P. 994–1007.

4. Nordquist, L. Renal and vascular benefits of C-peptide: Molecular mechanisms of C-peptide action / L. Nordquist, F. Palm, B. Andresen // Biologics. – 2008. – №3 (2). – P. 441–452.

5. Wang, L. Persistence of prolonged C-peptide production in type 1 diabetes as measured with an ultrasensitive C-peptide assay / L. Wang, N. Lovejoy, D. Faustman // Diabetes Care. – 2012. – №3 (35). – P. 465–470.

6. Weir, G., β-cell dedifferentiation in diabetes is important, but what is it? / G.Weir, C. Aguayo-Mazzucato, S. Bonner-Weir // Islets. – 2013. – № 5. – P. 233–237.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Цепкова Г.А., Вологжанин Д.А., Гайдук С.В., Першин В.Н., Говердовский Ю.Б., Бабак А.В.

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

Несмотря на внедрение технических средств и новых технологий в промышленное производство, заболевания бронхолегочной системы от воздействия промышленных аэрозолей продолжают занимать значительное место в структуре профессиональной заболеваемости.

В соответствии с приказом МЗ и СР РФ №417н от 27 апреля 2012 года к профессиональным заболеваниямбронхолегочной системы относятся бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмокониоз, экзогенный токсический альвеолит, бронхиальная астма, экзогенный аллергический альвеолит, баротравма легких. Многие из перечисленных заболеваний неизлечимы, и их исходом являются инвалидность, стойкая утрата трудоспособности, смерть.

ВОЗ и международная организация труда (МОТ) разработали специальную программу по элиминации заболеваний в мире,

связанных с воздействием промышленных аэрозолей, в частности, силикоза. Уделяется большое внимание совершенствованию и распространению наиболее современных подходов к рентгенологической диагностике пневмокониозов. В 2008 году в Глобальный план действий ВОЗ по сохранению здоровья работников включена программа по элиминации заболеваний, связанных с асбестсодержащей пылью.

Так как проблема элиминации профессиональных заболеваний бронхолегочной системы пока еще не решена, безусловный приоритет имеют профилактические мероприятия и развитие системы ранней диагностики заболеваний, когда еще возможна коррекция патологического процесса. Важно выявить первичные пусковые механизмы развития бронхолегочной патологии от воздействия пыли на уровне неспецифических реакций: оксидативный стресс с последующим повреждением клеточных мембран и ДНК, что обусловливает модификацию генов; изменение активности ферментных систем; нарушение обменных процессов; нарушение гомеостаза иадаптационно-компенсаторных реакций; последующее воспаление с высвобождением фиброгенных цитокинов. Эти процессы являются фундаментальной основой фиброгенеза. Немаловажное значение имеют индивидуальные особенности организма, генетические факторы, состояние иммунной системы.

Знание ранних патогенетических механизмов развития заболеваний дыхательной системы от воздействия промышленных аэрозолей позволяет обоснованно выбрать информативные лабораторные биохимические маркеры и другие исследования для своевременного выявления негативного воздействия производственной пыли на организм работников. В связи с этим, ранняя доклиническая диагностика может включать в себя: выявление биохимических сдвигов – энзимодиагностика, исследование показателей антиоксидантной защиты (содержание церуллоплазмина и др.); диагностика неспецифических иммунологических сдвигов; аллергодиагностика; исследование показателей обмена веществ.

Таким образом, ранняя диагностика позволит обосновать необходимость применения препаратов, обладающих антиоксидантной, антигипоксической, ангиопротекторной, антиагрегационной активностью на начальных этапах развития патологического процесса. Это может быть эффективным профилактическим мероприятием и способствовать повышению компенсаторно-приспособи-

тельных резервов организма, улучшению показателей здоровья людей, работающих в условиях воздействия промышленных аэрозолей.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С.И. Лущинская

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Введение. Во всем мире растет заболеваемость сахарным диабетом. По оценкам специалистов Всемирной организации здравоохранения, число людей с диабетом возросло со 108 миллионов в 1980 году до 422 миллионов в 2014 году. Данная тенденция характерна и для Республики Беларусь. Каждый год больных сахарным диабетом в стране становится больше на 8-10%. При этом сахарный диабет является частой причиной инвалидности.

Цель исследования. Провести анализ показателей первичной инвалидности вследствие сахарного диабета в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен анализ данных информационной системы «Инвалидность» за период 2012-2013 гг., а также данных Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014-2016 гг., функционирующих в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». При расчете интенсивных показателей (уровня первичной инвалидности) использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

Результаты исследования. За последние пять лет в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами вследствие сахарного диабета 7 191 чел., из них 1 359 детей. В среднем за год инвалидами вследствие изучаемой патологии признавалось 1 438 чел. При этом отмечена положительная тенденция к снижению числа ежегодно признаваемых инвалидами. Так за исследуемый период число признаваемых инвалидами снизилось с 1 770 чел. в 2012 г. до 1 189 чел в 2016 г., что составляет 32,8%.

Однако данное снижение произошло исключительно за счет уменьшения числа признаваемых инвалидами среди взрослого населения с 1 573 чел. 2012 г. до 863 чел. в 2016 г., или на 45,1%. Среди детей данный показатель вырос более чем в два раза – на 65,5%. В 2012 г. число детей, впервые признанных инвалидами вследствие сахарного диабета, составляло 197 чел., в 2016 г. было признанно инвалидами уже 326 детей.

Анализ интенсивных значений показал, что среди взрослого населения при среднегодовом показателе 1,51 на 10 тыс. населения уровень первичной инвалидности вследствие сахарного диабета снизился с 2,04 на 10 тыс. населения в 2012 г. до 1,12 на 10 тыс. населения в 2016 г. Таким образом, темп снижения составил 44,8%.

Среди детей уровень первичной инвалидности вследствие сахарного диабета в последние годы превысил аналогичный показатель среди взрослого населения. Интенсивный показатель инвалидности вследствие изучаемой патологии за последние пять лет среди детей вырос на 59,0% – с 1,13 на 10 тыс. детского населения в 2012 г. до 1,80 на 10 тыс. детского населения в 2016 г. Среднегодовой показатель составил 1,53 на 10 тыс. населения.

Нами также осуществлен анализ тяжести первичной инвалидности вследствие сахарного диабета. Среди взрослого населения среднегодовой показатель по группам инвалидности выглядит следующим образом: первая группа устанавливалась в 11,6% случаев, вторая группа – в 37,8% случаев, третья группа – в 50,7% случаев. Таким образом, тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес первой и второй групп инвалидности) вследствие данной патологии составила 49,3%. При этом за исследуемый период отмечен рост тяжести инвалидности вследствие сахарного диабета с 49,1% в 2012 г. до 53,0% в 2016 г.

Среди детей самая тяжелая четвертая степень утраты здоровья вследствие сахарного диабета не устанавливалась. Лишь в нескольких случаях была установлена третья степень утраты здоровья (0,4%). Вторая степень утраты здоровья была установлена в 49,8% случаев, первая – в 49,7% случаев. При этом обращает на себя внимание увеличение доли детей-инвалидов с самой легкой степенью утраты здоровья с 29,9% в 2012 г. до 79,8% в 2016 г. и снижение доли детей-инвалидов со второй степенью утраты здоровья с 70,1% в 2012 г. до 20,2% в 2016 г.

Проведенный анализ первичной инвалидности по возрастным

группам выявил, что в исследуемом контингенте среди взрослых инвалидов превалировали лица в возрасте 60-69 лет, составляя 34,2%. Второе ранговое место принадлежало возрастной категории 50-59 лет – 27,2%. Далее следовала категория 70 лет и старше. Среди детей превалировала возрастная группа 5-9 лет, составляя 32,7%. Дети в возрасте 10-14 лет составили 32,5%, 0-4 года – 22,5%. Самой малочисленной была возрастная группа 15-17 лет – 12,3%.

Заключение. Проведенное исследование показало, что сахарный диабет вносит существенный вклад в формирование инвалидности в Республике Беларусь. Кроме того вызывает беспокойство значительный рост инвалидности вследствие сахарного диабета среди детского населения.

БИОМЕХАНИКА ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСФУЗИИ УЛЬТРАФИОЛЕТОМ-ОБЛУЧЕННОЙ КРОВИ

Рамазанова К.А.

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

Цель исследования: изучить влияние аутотрансфузии ультрафиолетом-облученной крови на биомеханику дыхания у больных бронхиальной астмой.

Биомеханика дыхания оценивалась по данным рентгенопневмополиграфического исследования. Ренгенопневмополиграфия (РППГ) была проведена 11 больным бронхиальной астмой (БА) до и после 3 или 5 процедур аутотрансфузии ультрафиолетом-облученной крови (АУФОК).

До лечения у всех больных были выявлены изменения легочной вентиляции.

Отмечено значительное снижение общей вентиляции легких (55,6 ± 3,2 %Д) по сравнению с нормой (90 - 100 %Д) и ограничение подвижности диафрагмы (35,8 ± 1,4 мм) в сравнении с нормой (58.0 ± 10.0 мм). Средняя величина подвижности ребер была повышенной (35,8 ± 2,2 мм) по сравнению с нормальными величинами (12.0 ± 4.0 мм).

Следует отметить, что региональные нарушения вентиляции представлены двумя типами: "гиперинфляционными" и "гиповентиляционным". У всех больных БА имели место регионарные нарушения вентиляции по типу «гиперинфляционных», а у

3 (0,28) из них они сочетались с «гиповентиляционным» типом. Положительная динамика отмечена у 4 (0,37) больных, у 5 (0,45) наблюдалось даже ухудшение показателей вентиляции легких.

Проведенное исследование после курса аутотрансфузии ультрафиолетом-облученной крови достоверных изменений биомеханики дыхания не выявило. Не изменился и характер вентиляционных нарушений у больных БА.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОЗРАСТА И МАССЫ ТЕЛА С СОСТОЯНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Барсуков А.В., Ясеновец М.В., Анкуда К.В,, Нижегородцев М.Ю.*

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, *Лабораторная служба "Хеликс", Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования. Оценить характер ассоциаций возраста и массы тела с показателями структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы и почек у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) I и II стадий без сахарного диабета.

Материал и методы. Обследовали 48 пациентов (32 мужчин и 15 женщин, в возрасте 55,5±13,9 лет, с индексом массы тела 29,9±4,12 кг/м^2). Среднесуточные величины АД (мм рт. ст.): систолическое (САД) 136±11,5 и диастолическое (ДАД) 81,8±13. Выполнили скрининговые исследования состояния функции почек, сердечно-сосудистой системы. Оценивали сывороточное содержание мочевины (ммоль/л), креатинина (мкмоль/л), рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) по формуле EPI-CKD (2012), в разовой утренней пробе мочи оценивали альбумин-креатининовое соотношение (АКС, мг/г). Учитывали среднесуточные величины АД, ЭКГ-признаки гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) (амплитуду зубца R в отведении aVL (мм), Корнельский вольтажный индекс (мм), индекс Соколова-Лайона (мм), ультразвуковые данные (массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ, г), объём левого предсердия (ОЛП, мл), и их индексированные величины (мг/м^2 и мл/м^2 соответственно)). Количественные данные представили как среднее (M) ± стандартное отклонение (δ). Методом корреляционного анализа установили взаимосвязь изученных показателей с учётом коэффициента корреляции r.

Результаты. Возраст находился в достоверной положительной связи с альбуминурией (оцененной по показателю АКС) (r=0,42;

p=0,03), но в отрицательной связи с СКФ (r=-0,34; p=0,08), в положительной ассоциации с диастолической дисфункцией ЛЖ (по показателю E/e') (r=0,34; p=0,08), в сильной отрицательной связи со среднесуточным уровнем ДАД (r=-0,62; p<0,001). Масса тела оказалась прямо ассоциированной со среднесуточным уровнем САД (r=0,38; p=0,05), ММЛЖ (r=0,52; p<0,001), сывороточным креатинином (r=0,39; p=0,04).

Заключение. У пациентов с ГБ I и II стадий подтверждена взаимосвязь возраста и массы тела с формированием изолированной систолической АГ, ухудшением функционального состояния почек. Отмечена ассоциация возраста с развитием диастолической дисфункции ЛЖ, а массы тела – с гипертрофией этой камеры сердца.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕНАЛЬНЫХ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Барсуков А.В., Ясеновец М.В., Анкуда К.В., Нижегородцев М.Ю.*

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, *Лабораторная служба "Хеликс", Санкт-Петербург, Россия*

Цель исследования. Оценить характер ассоциаций показателей функционального состояния почек с величинами артериального давления (АД) и маркёрами структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с неосложненной эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) без сахарного диабета.

Материал и методы. Обследовали 48 пациентов (32 мужчин и 15 женщин, в возрасте 55,5±13,9 лет, с ИМТ 29,9±4,12 кг/м^2). Среднесуточные величины АД (мм рт. ст.): систолическое (САД) 136±11,5 и диастолическое (ДАД) 81,8±13. Выполнили скрининговые исследования состояния функции почек, сердечно-сосудистой системы. Оценивали сывороточное содержание мочевины (ммоль/л), креатинина (мкмоль/л), рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) по формуле EPI-CKD (2012), в разовой утренней пробе мочи оценивали альбумин-креатининовое соотношение (АКС, мг/г). Учитывали среднесуточные величины АД, ЭКГ-признаки гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) (амплитуду зубца R в отведении aVL (мм), Корнельский вольтажный индекс (мм), индекс Соколова-Лайона (мм)), ультразвуковые данные (массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ, г), объём левого предсердия (ОЛП, мл),

и их индексированные величины (мг/м^2 и мл/м^2 соответственно)). Количественные данные представили как среднее (M) ± стандартное отклонение (τ). Методом корреляционного анализа установили взаимосвязь изученных показателей с учётом коэффициента корреляции r.

Результаты. Содержание креатинина в сыворотке крови коррелировало с ММЛЖ (r=0,62; p<0,001), среднесуточным уровнем САД (r=0,35; p=0,07). СКФ имела обратную ассоциацию с Корнельским вольтажным индексом (r=-0,45; p=0,01). АКС оказалось взаимосвязанным с амплитудой зубца R в отведении aVL (r=0,33; p=0,08). Установлены достоверные прямые корреляции между АКС и сывороточным содержанием мочевины (r=0,47; p=0,01), ММЛЖ и индексом ОЛП (r=0,38; p=0,04).

Заключение. В когорте лиц с неосложненной АГ подтверждена взаимосвязь показателей функционального состояния почек со среднесуточным уровнем САД, электрокардиографическими и ультразвуковыми параметрами, характеризующими ГЛЖ. Показана прямая ассоциация парных показателей почечной дисфункции (мочевины сыворотки и АКС) и ремоделирования миокарда (индекса ОЛП и ММЛЖ).

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНЫХ РИТМОВ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Фишер А.М.[1], Яковлев В.А.[2], Куренкова И.Г.[2], Яковлев В.В.[2]

[1]- Филиал №3 ФГКУ 442 ВКГ, г. Выборг, [2] - Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Целью исследования было изучение функционального состояния дыхательной, системы у больных внебольничной пневмонией молодого возраста в различное время суток. В доступной литературе отсутствуют сведения о функциональном состоянии дыхательной системы при внебольничных пневмониях в разное время суток.

Материалы и методы. В течение 3-х суток в 7, 12, 17 и 22 часов в периоды разгара и разрешения пневмонии было обследовано по разработанной программе 55 больных. Использовались методы компьютерной спирографии, вариационной пульсометрии, опре-

деления сократительной способности миокарда расчетным методом, термометрии. Изучались пульс и артериальное давление на обеих верхних конечностях.

Результаты исследования. Анализ показателей вегетативной нервной системы позволил выделить суточную ритмику вегетативного тонуса, как у здоровых лиц контрольной группы, так и у больных внебольничной пневмонией. Получены данные, характеризующие функциональное состояние дыхательной системы в различное время суток у больных пневмонией разных степеней тяжести в зависимости от типа суточного ритма вегетативного тонуса. Установлено, что функциональное состояние вентиляционной функции легких при всех степенях тяжести пневмонии в меньшей степени изменено при парасимпатикотоническом типе суточного ритма вегетативного тонуса. Начиная со средней степени тяжести пневмонии в разное время суток, выявляется чередование нормальных и патологических изменений функции внешнего дыхания, что отражает неустойчивость функционального состояния вентиляционной способности легких. Установлены особенности хронохарактеристик большинства изучаемых параметров. Значительные изменения функционального состояния дыхательной системы отмечены у больных пневмонией тяжелой степени при симпатикотоническом типе суточного ритма вегетативного тонуса и симпатическом преобладании. У этих больных выявлены нарушения бронхиальной проходимости, уменьшение жизненной емкости легких, повышение среднего давления в легочной артерии. В период разрешения пневмонии тяжелой степени функция внешнего дыхания полностью не восстанавливалась: сохранялись нарушения бронхиальной проходимости и снижение жизненной емкости легких у больных с симпатическим преобладанием, что позволяет выделить этих больных в группу риска затяжного течения пневмонии.

Вывод. Хронобиологический подход расширяет возможности изучения функционального состояния дыхательной системы при внебольничных пневмониях, позволяет прогнозировать особенности функционального состояния дыхательной системы в зависимости от типа суточного ритма вегетативного тонуса и оптимизировать лечебную тактику в разные периоды течения заболевания.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАНЕНЫХ В ЛОКАЛЬНОМ ВООРУЖЕННОМ КОНФЛИКТЕ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ

Гайдук С.В., Гайдук В.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Цель исследования: изучение частоты патологии внутренних органов у раненых в локальном вооруженном конфликте в Чеченской Республике.

Материалы исследования: массив историй болезней раненых в архиве Военно-медицинского музея МО РФ.

Полученные результаты: анализ историй болезни раненых в Чечне показал, что висцеральная патология у раненых в первой и во второй Чеченской кампании остается актуальной проблемой, так как выявлена соответственно у 26,7% и 29,3% раненых. Висцеральная патология диагностировалась более чем у 90% раненых с проникающими ранениями груди и живота, у половины раненых с проникающими ранениями черепа и позвоночника, а также при ранениях нижних конечностей с повреждением костей. При ранениях мягких тканей различной локализации патология внутренних органов диагностировалась реже (9-15%).

В первые сутки развивались первично-травматические повреждения внутренних органов (ушибы сердца, легких, почек, ранний острый респираторный дистресс синдром, анемия). В динамике травматической болезни, начиная со вторых по пятые сутки, у раненых выявлялись преимущественно вторично-травматические висцеральные неинфекционные осложнения (миокардиодистрофия, нефропатия). Максимальная частота развития данных осложнений приходилась на третьи сутки лечения с постепенным снижением частоты к девятым суткам. Вторично-травматические висцеральные инфекционные осложнения (пневмония, миокардит, пиелонефрит) диагностировались с третьих суток, при максимальной вероятности развития на восьмые-десятые сутки лечения.

Выводы: 1. Наиболее частыми нозологическими формами висцеральной патологии у раненых явились постгеморрагическая анемия, нефропатия, пневмония и миокардиодистрофия, причем более типичным было сочетание анемии с нефропатией и анемии с миокардиодистрофией.

2. Патология внутренних органов у раненых утяжеляла течение травматической болезни, способствовала увеличению длительно-

сти лечения, а в ряде случаев явилась непосредственной причиной летальных исходов (сливная пневмония, острые гастродуоденальные язвы, осложненные массивным кровотечением).

3. Каждый пятый раненый с диагностированной висцеральной патологией выписывался из госпиталя с ее остаточными явлениями (изолированный мочевой синдром, изменение электрокардиограммы, лабораторные признаки анемии), что требует организации системы реабилитации раненых и диспансерного наблюдения за ними.

4. Совершенствование диагностики и лечения висцеральной патологии требует наличия штатного терапевта в нейрохирургических и торакоабдоминальных отделениях на каждые 50 коек, в травматологических отделениях – на 100 коек.

ВЛИЯНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ВНУТРИПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нагибович О.А., Монако Г.О., Елисеева М.И.

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

Цель исследования: сравнить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с разными формами впервые выявленной фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: Проведено поперечное исследование стационарных пациентов с СД 2 типа с впервые выявленным эпизодом фибрилляции предсердий (ФП). В общую выборку вошли 20 мужчин с неклапанной ФП, без патологии со стороны щитовидной железы. Больные были распределены на две группы: 1-я (n=11) – пациенты с персистирующей формой ФП, 2-я (n=9) – с пароксизмальной формой ФП. Пациенты статистически значимо не отличались по основным антропометрическим и клинико-лабораторным показателям, а также по наличию сопутствующих заболеваний. Так, возраст больных 1-й группы составлял 63 [52; 74] года, во 2-й – 67 [58; 81] лет. Все пациенты на момент обследования получали лечение в соответствии с национальными рекомендациями. Внутрипочечная гемодинамика оценивалась по СКФ расчетным методом по формуле CKD-EPI. Для анализа межгрупповых различий в независимых выборках использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Данные представлены в виде

медианы и межквартильных интервалов Me [НК; ВК]. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$. Обработка полученных результатов проводилась с использованием программных пакетов прикладных программ «Statistica 10.0» фирмы StatsoftInc (США).

Результаты: на момент постановки диагноза ФП медиана СКФ в группе больных с персистирующей формой ФП составила 73,2 [59,8;94,8] мл/мин, с пароксизмальной формой ФП – 83,9 [57,8;91,5] мл/мин, $p=0,61$. При этом не было выявлено существенных отличий по показателю гликемии натощак – 7,9 [5,25;10,3] ммоль/л для 1-й группы против 5,9 [5,6;7,0] ммоль/л для 2-й группы, $p=0,12$; уровню систолического артериального давления – 138 [110; 184] против 139 [103; 165] мм рт. ст., $p>0,05$; значению диастолического артериального давления – 88 [72; 144] против 85 [69; 96] мм рт. ст., $p>0,05$; пульса – 70 [53; 89] против 68 [53; 89] уд в мин, $p>0,05$. Обращало на себя внимание то, что фракция выброса левого желудочка по данным эхокардиографии на момент постановки диагноза ФП во 2-й группе (59,2 [56,0;62,0]%) превышала таковую в 1-й группе (48,8 [36,2;64,0]%), $p=0,02$.

Выводы: у больных сахарным диабетом 2 типа впервые выявленная неклапанная фибрилляция предсердий (персистирующая и пароксизмальная формы) не оказывает влияния на внутрипочечную гемодинамику, оцененную по скорости клубочковой фильтрации, а также подтверждается определенная автономность внутрипочечного кровотока.

ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЕ НА ЗАПУСК ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Елисеева Т.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт – Петербург

Цель работы: изучить изменения уровня показателей воспаления при фибрилляции предсердий у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: в исследовании принимало участие 60 пациентов (20 женщин и 40 мужчин) в возрасте от 48 до 70 лет (средний возраст 52,7±6,3 лет). Группу контроля составили 15 пациентов, не имеющих клинического и инструментального подтверждения ИБС (средний возраст 50,3±7,2 года). У 40 пациентов

была зарегистрирована пароксизмальная форма ФП (ПФП), у 20 - хроническая (ХФП).

Всем пациентам были определены следующие маркеры воспалительной реакции: С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли (ФНО-α) , интерлейкин (ИЛ)-6.

Результаты: При сравнении показателей всех групп между собой уровень СРБ среди пациентов с ХФП был статистически значимо выше по сравнению с пациентами с синусовым ритмом и ПФП, но не превышал 1.0 мкг/мл Во время пароксизма фибрилляции предсердий уровень СРБ достоверно не изменялся, при этом концентрация ФНО-α поднималась до максимальной величины - 862,91±14,82пкг/мл, что в 5 раз больше нормальных значений и оставалась высокой в течении 2-х суток после приступа. Была выявлена взаимосвязь: чем тяжелее был приступ, тем выше уровень ФНОα. У пациентов с ПФП выявлены повышенные цифры ИЛ-6. При ПФП содержание данного цитокина было достоверно выше, чем в группе сравнения. При ХФП концентрация цитокинов отличалась от контрольной группы не достоверно.

Выводы: Увеличение концентрации маркеров повреждения миокарда в сыворотке крови при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий указывает на наличие интракардиальных деструктивных процессов в миокарде и запуске аритмии. СРБ, ИЛ-6, прямо коррелируют с развитием ФП, что может указывать на роль воспаления в процессе ремоделирования.

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рамазанова К.А.

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

Цель исследования: изучить изменение показателей функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой на фоне терапии плазмаферезом.

Нами обследовано 29 больных бронхиальной астмой (БА), из них 16 пациентов с аллергическим вариантом (АБА), 13 – с неаллергическим вариантом (НАБА).

Плазмаферез (ПА) проводился безаппаратным методом с количеством операций от 2 до 5.

У всех больных БА к моменту начала лечения ПА отмечались нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) преимущественно по обструктивному типу: ОФВ1 67,7 ± 5,0 %Д; SGAW 0,086 ± 0,007 см. водного столба -1 с -1.

На фоне терапии ПА наблюдали тенденцию к улучшению этих показателей, однако, у больных с атопической формой БА достоверных изменений показателей ФВД не отмечено. В группе больных с неатопической БА наблюдалось достоверное повышение PaO2 (72,7 ± 2,3 до 80,3 ± 3,3 мм рт. ст., $p < 0,05$) с его нормализацией и снижением Pa CO2 (с 38,2 ± 1,1 до 35,4 ± 0,65 мм рт. ст., $p < 0,05$).

Таким образом, можно отметить, что использование плазмафереза в лечении больных АБА способствует улучшению показателей бронхиальной проходимости, а в группе НАБА - повышению оксигенации.

ВЛИЯНИЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К РАЗЛИЧНЫМ ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Чепель А.И., Елисеева Т.В., Карпович В.В., Скакунова Т.Ю.

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

Цель: Оценить тяжесть течения ИБС у больных с различными фенотипами Lewis-антигенов. Определить возможность прогнозирования течения ишемической болезни сердца у различных групп пациентов по фенотипам Lewis-антигенов.

Материал и методы: были обследованы 92 мужчины в возрасте от 39 до 73 лет, страдающие ИБС. Всем больным была выполнена коронароангиография и определены фенотипы группы крови Lewis. Стабильную стенокардию напряжения в зависимости от тяжести подразделили на функциональные классы согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов. Стадию сердечной недостаточности определяли в соответствии с классификацией Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, Г.Ф. Ланга.

Результаты исследования: Больные распределились в зависимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis на две группы: в первой - 71 пациент с фенотипом Le^{a-b-}, во второй - 21 пациент с фенотипом Le^{a-b+}.

Группы достоверно отличаются по тяжести течения ишемиче-

ской болезни сердца: в первой группе преобладает III ФК (42% пациентов) и IV ФК (16 % пациентов) стенокардии, во второй группе - II ФК (20 % пациентов) и III ФК (40 % пациентов) стенокардии, больных с IV ФК стенокардии во второй группе нет ($p < 0,001$).

Группы достоверно отличаются по выраженности проявлений сердечной недостаточности: в обеих группах преобладала СН I стадии, но в первой группе 23 % пациентов имели СН IIа стадии и 5 % пациентов – СН IIб стадии, во второй – 14 % пациентов имели СН 2а стадии, пациентов с СН 2б стадии во второй группе не было ($p < 0,05$).

Группы также достоверно отличаются по количеству перенесенных инфарктов миокарда ($p < 0,01$): в первой группе 68 % пациентов перенесли ИМ, из них 40 % – повторный, во второй группе 33 % пациентов перенесли ИМ, из них 29 % – повторный.

Среди пациентов первой группы 95 % нуждаются в проведении операции аортокоронарного шунтирования или баллонной ангиопластики коронарных сосудов; среди пациентов второй группы – только 24 % ($p < 0,001$).

Вывод: Доказана связь принадлежности больных к фенотипу Lewisa $^{-b-}$ ($p < 0,05$) с более тяжелым течением ишемической болезни сердца (III - IV ФК стенокардии напряжения, прогрессирование сердечной недостаточности). Больные ИБС с отрицательным фенотипом Lewis имеют прогностически неблагоприятное течение заболевания, больший риск сердечно-сосудистых осложнения, что требует более пристального внимания к этим пациентам, более жесткой коррекции всех факторов риска и раннего направления пациентов этой группы на коронароангиографию.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Салухов В.В., Шустов С.Б., Ромашевский Б.В.

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

Цель работы: Оценить эффективность применения нейропептидного препарата «Ноопепт» у пациентов с длительным течением сахарного диабета (СД) 1 типа с легкими и умеренными когнитивными нарушениями (КН).

Материалы и методы: Обследовано 50 пациентов, из них 35

женщин и 15 мужчин, в возрасте от 18 до 55 лет с длительностью СД от 20 до 40 лет. Клиническое и нейропсихологическое обследование проводилось в 1 клинике (терапии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (Санкт-Петербург) в 2015 году. 45 пациентов (90%) предъявляли жалобы на нарушение памяти на текущие события. Все больные отмечали у себя хотя бы один из перечисленных симптомов: шум в ушах, головные боли, головокружение, неустойчивость при ходьбе снижение работоспособности, эмоциональную лабильность, нарушения сна. Для реализации целей работы проведено плацебо-контролируемое исследование монотерапии препаратом Ноопепт в дозе 30 мг/сут в течение 12 недель. 25 пациентов получали активный препарат (основная группа) и 25 пациентов – плацебо. В основной группе КН были представлены следующим образом: умеренные КН (УКН) – 15%, легкие КН (ЛКН) – 85%, в группе плацебо: УКН 14%, ЛКН – 86%.

Всем больным дважды (до и после лечения) проводилось расширенное нейропсихологическое исследование, которое включало комплекс количественных тестов оценки произвольного внимания, памяти, темпа психомоторной деятельности, работоспособности и других аспектов когнитивной деятельности, используя следующие методики: краткая шкала оценки психического состояния (КШОПС), батарея тестов для оценки лобной дисфункции БТЛД), корректурная проба Ландольта, тест Крепелина, тест 10 слов (сумма непосредственного и отсроченного воспроизведения), шкала субъективной оценки астении (MultidimensionalFatigueInventory), шкала общего впечатления пациента.

Результаты: Основные скрининговые шкалы КШОПС и БТЛД, отражающие тяжесть когнитивной дисфункции в целом, не претерпели значимой динамики в обеих группах. В группе пациентов, принимающих препарат, получено статистически достоверное увеличение скорости переработки информации (как у больных с ЛКН, так и с УКН), при увеличении показателей точности внимания, умственной работоспособности (изолированно у больных с ЛКН). Не удалось получить статистически значимых различий по показателю кратковременной памяти у пациентов обеих групп. По шкале MFI (астения) статистически достоверное улучшение наблюдалось в группе пациентов, принимающих ноопепт. Анализ данных по шкале общего впечатления пациента показал, что кли-

нически положительный эффект в основной группе был получен у 68 % (56 % больных с ЛКН и 12% больных с УКН), в группе плацебо – у 13 % больных (все с ЛКН). 27% больных, получающих активный препарат, также отметили снижение показателей уровня гликемии. Выводы: Применение ноопепта положительно влияет на показатели когнитивной функции у больных СД 1 типа. Более выраженный эффект наблюдается у пациентов с легкими когнитивными нарушениями, что диктует необходимость назначения препарата на ранних стадиях когнитивных нарушений.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ IL-10 И TNF-α ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Гайворонский И.Н., Колюбаева С.Н., Халимов Ю.Ш., Каримова А.М.

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

Цель исследования: изучить частоту встречаемости полиморфизмов генов TNF α и IL 10, как факторов про- и противовоспалительного ответа при внебольничной пневмонии (ВП) у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Исследована группа из 30 мужчин в возрасте от 18 до 30 лет, находившихся на стационарном лечении с внебольничной пневмонией (ВП). Среди больных 10 человек имели тяжелое течение ВП, остальные 20 – ВП нетяжелого течения. Всем больным проведен забор крови в пробирки с антикоагулянтом этилендиаминтетраацетат (ЭДТА) в количестве 3 мл.

Исследовали полиморфизмы генов интерлейкина 10 (IL-10) и фактора некроза опухолей α (TNF-α). По данным литературы считается, что TNF-α является провоспалительным цитокином, а IL-10 – наиболее активный противовоспалительный цитокин.

В отношении гена цитокина TNF-α изучались единичные нуклеотидные замены гуанина на аденин в 308G/A и -238G/A, которые вызывают изменения уровня секреции TNF-α, тем самым определяя его функцию. Для гена интерлейкина IL-10 установлен клинически значимый полиморфизм в позиции -1082 G\A, который, как известно, влияет на интенсивность противовоспалительного ответа при ВП.

ДНК для исследования полиморфизмов обоих цитокинов выделяли с использованием наборов ГС-Генетика (фирма «ДНК-

Технология», Россия). Амплификацию ДНК и детекцию флуоресцентного сигнала при проведении ПЦР в реальном времени определяли с помощью прибора ДТ-lite (фирма «ДНК-Технология», Россия).

Полученные результаты. При исследовании полиморфизма генаIL-10 мутации выявлены у 86,7% больных (26 человек), при этом гомозиготные формы (АА) составили 50% от этого числа. Данный результат намного превышают представленные в литературе показатели по отношению к выборке здоровых лиц, не болевших ВП.

В результате исследования выявлено, что у подавляющего числа больных (28 человек) имел место быть полиморфизм промоторного участка гена TNF-α в позиции -238G/A, что может являться показателем ассоциации с развитием ВП. Также удалось выявить, что у лиц с ВП тяжелого течения чаще встречался полиморфизм -308 TNF-α (8 человек – 80% больных), чем у лиц с ВП нетяжелого течения (9 человек – 45% больных).

Таким образом, генетически обусловленное изменение продукции гена интерлейкина IL-10 и TNF-α, вероятно существенно модифицирует и определяет характер воспалительного ответа, что, в свою очередь, находит отражение в клиническом течении ВП.

Для уточнения роли однонуклеотидных полиморфизмов генов IL-10 и TNF-α в развитии и исходе ВП желательно увеличение выборки и сопоставление полученных лабораторных данных с клиническим течением заболевания.

Выводы: По результатам исследования у больных пневмонией выявлено значительное увеличение полиморфизма генов IL-10 и TNF-α по сравнению с данными лиц, не болевших ВП.

Перспективно учитывать при диагностике и лечении ВП индивидуальные генотипические особенности человека, в частности полиморфизм IL-10 и TNF-α, как важный провоспалительный и противовоспалительный фактор иммунного ответа, влияющий на тяжесть и длительность течения ВП.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Казакова Т.А.

Военно-медицинская академияимени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

По результатам исследований, клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) наблюдаются почти у половины взрослого населения: 38-65% периодически испытывают изжогу, боли за грудиной как проявления ГЭРБ беспокоят 30% пациентов, эндоскопические признаки выявляют более чем у 10%. При этом у 30% больных с типичными стенокардитическими болями регистрируют ангиографически интактные коронарные артерии.

Цель исследования: выявление распространенности основных симптомов ГЭРБ у больных ИБС и особенностей клинических проявлений заболеваний при их сочетании.

Материалы и методы. Было обследовано 47 пациентов со стабильной стенокардией различных функциональных классов, из них 23 женщины, средний возраст 62,8±5,4 лет и 24 мужчин, средний возраст 64,9±4,2 лет. Инструментально-лабораторное обследование включало: ЭКГ, определение уровня липидов, глюкозы в крови; эзофагогастродуоденоскопию.

Результаты. Наиболее частыми симптомами были: изжога – 72,1%, чаще у женщин (80,1%), отрыжка кислым – 43,7%, дисфагия – 31,9%, дискомфорт в эпигастрии – 64,2%, хронический кашель – 11%. У женщин с ИБС все симптомы встречались значительно чаще. Изжога беспокоила чаще пациентов с сопутствующим ожирением и реже — больных с постинфарктным кардиосклерозом и сопутствующей артериальной гипертензией. Нарушения сердечного ритма отмечались примерно с одинаковой частотой у больных ИБС с изжогой и без нее, но у больных с симптомами ГЭРБ чаще регистрировались наджелудочковые тахикардии. Больные ИБС с изжогой значительно чаще предъявляли другие диспепсические жалобы – на тошноту, вздутие и чувство тяжести в верхней половине живота, хронический кашель. У пациентов с ИБС изменения в пищеводе наблюдались в 53%, из них у 12,4% выявлен эрозивный рефлюкс-эзофагит, а у 89,4% – катаральный рефлюкс-эзофагит I степени по классификации Савари-Миллера.

Выводы:

1. Сочетание ГЭРБ и ИБС является частой клинической ситуацией, которая характеризуется, в первую очередь, взаимоотягощающим влиянием обоих заболеваний на течение друг друга. Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс может быть одним из пусковых механизмов прогрессирования стенокардии и возникновения нарушений сердечного ритма. В свою очередь, хроническая ишемия органов пищеварения, сопутствующая ИБС и фармакотерапия стенокардии могут способствовать усугублению желудочно-пищеводного рефлюкса.
2. Чаще ГЭРБ страдают женщины с не осложненным течением ИБС, но сопутствующим ожирением.
3. Врач должен всегда помнить о возможности внепищеводных проявлений ГЭРБ и необходимости исследования пищевода у больных, предъявляющих жалобы на боли в прекордиальной области и в области сердца.
4. Эндоскопия должна проводиться как можно раньше, как первый диагностический тест у всех пожилых пациентов с типичными симптомами (изжога, регургитация кислоты, хронический кашель) вне зависимости от тяжести или продолжительности жалоб.

ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Королев Б.Е.[2], Яковлев В.В.[1]

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова[1], ФГКУ «442 КВГ» МО РФ[2], Санкт-Петербург

Дегенеративная (атеросклеротическая) аортальная недостаточность (ДАН) лиц пожилого возраста – неизученная форма дегенеративных пороков сердца, поскольку последняя стала диагносцироваться только после появления эхокардиографии с цветным доплером. В течение 7 лет нами при эхокардиографии выявлены 422 пациента с ДАН (из них ДАН Iст.-73,3%, IIст. -24%, IIIст.-2,7%). Контингент обследуемых состоял преимущественно из мужчин. Средний возраст пациентов с ДАН составил 74 года. Учитывалась изолированная аортальная недостаточность (АН) - (90% всех случаев АН) и АН в сочетании с дегенеративным аортальным стенозом (ДАС) при преобладающей АН (10% случаев). Целью исследования было изучение: 1) распространенности ДАН; 2) связи ДАН с "факторами риска", характерными для атероскле-

роза (гипертонической болезнью, курением, гиперлипидемией); 3) факторов этиопатогенеза ДАН; 4) возможностей клинических, инструментальных и лабораторных методов диагностики; 5) течения и прогноза ДАН; 6) опыта лечения. Согласно нашим данным: 1) распространенность ДАН среди лиц старше 65 лет составила 12%. Разницы в частоте ДАН у мужчин и женщин в данной возрастной группе нами не отмечено. 2) Для изучения связи ДАН с "факторами риска" пациенты с ДАН сравнивались с контрольной группой лиц из 100 пациентов, не отличавшихся от пациентов с ДАН по возрасту и полу. Гипертоническая болезнь диагносцировалась у 80% пациентов с ДАН, в контрольной группе - у 53%. Курили или имели в анамнезе длительный период курения 70% пациентов с ДАН, в контрольной группе - 30%. Средний уровень холестерина у пациентов с ДАН-6,4, бета-липопротеидов -7,9, триглицеридов-2,1, в контрольной группе соответственно 5,3; 6,3; 1,1. 3) У пациентов с ДАН в большинстве случаев эхокардиографически выявлены склеродегенеративные изменения створок аортального клапана и расширение корня аорты, что, по нашему мнению, является причинами аортальной регургитации. В контрольной группе такие изменения выявлялись реже. 4) Пациенты с ДАН Iст. и IIст. в большинстве случаев не имели патогномоничных для АН клинических проявлений или имели их в стертой форме, малодоступной для клинического выявления. Рентгенологически только в 30% случаев при тяжелой АН выявлялось "расширение сердца влево". ЭКГ в половине случаев содержала умеренно выраженные признаки гипертрофии левого желудочка с диастолической его перегрузкой. ЭхоКГ надежно выявляла ДАН по аортальной регургитации. В 70% случаев выявлялась умеренно выраженная экцентрическая гипертрофия левого желудочка. Специфических лабораторных маркеров ДАН не имеет. 5) Большинство случаев ДАН имели благоприятное течение без заметного прогрессирования и 6) не требовали лечения. В части случаев назначались ингибиторы АПФ, вазодилятаторы. Протезирование АК потребовалось 6 пациентам. Пациенты с ДАН требуют диспансерного наблюдения терапевтом и эхокардиографией 1 раз в 2 года.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Леонтьев О.В., Акимов А.Г., Яремко В.И.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

С целью исследования механизмов влияния комплекса медикаментозного и немедикаментозного лечения распространенных заболеваний системы кровообращения на санаторном этапе лечения обследовано 160 офицеров запаса в возрасте от 47 до 58 лет - больных гипертонической болезнью 1 и 2 стадии в сочетании ишемической болезнью сердца.

В группу 1 (63 человек) вошли лица, которые получали базисную терапию гипертонической болезни в сочетании с комплексным воздействием сочетания сенсорных влияний различной интенсивности, дозируемой гипертермии, ароматерапии, вибрации, хромотерапии (в альфа-капсуле), а также комплекса физической активности, включающий физические упражнения по оригинальной методике НИИ физкультуры и спорта. Группа 2 (97 человек) получала комплекс базисного медикаментозного лечения.

Регистрировались показатели вегетативной нервной системы по А.М. Вейну (2002). Осуществлялась качественная и количественная оценка ритмокардиографии (РКГ) (Сапова Н.И., 1992). Базисная терапия включала антиагреганты, гиполипидемические средства, антиангинальные препараты.

Проведенный анализ показал, что у исследуемых больных в период лечения происходили изменения вегетативного тонуса проявляющееся в улучшении симпатической и парасимпатические регуляции в 1 группе, в то время как в группе 2 симпатический тонус оставался на прежних значениях.

После курса лечения в группе 1 по данным РКГ отмечалось достоверное снижение значений ЧСС лежа (ЧССл), ЧСС стоя (ЧССс) и показателя Р1, РКГ, что свидетельствует о снижении симпатической активности.

При сравнении показателей РКГ между группами 1 и 2 после лечения выявлено достоверное снижение ЧССл, ЧССс и показателя Р1, что свидетельствует о большей эффективности вегетативной регуляции в группе 1 (10-12%).

Нормализация вегетативных реакций у указанной группы пациентов произошла за счет повышения эффективности регуляции вегетативной нервной системой при снижении тонуса симпатической.

Таким образом, данные вегетативных проявлений в период лечения в группах больных имели схожую динамику. Однако применение дополнительного воздействия физических и психофизиологических методов привело к более выраженному восстановительному эффекту.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2ТИПА

Оракова Ф.Х.

Военно-Медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить результаты суточного мониторирования артериального давления у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования: обследовано 36 больных (16 мужчин, 20 женщин, средний возраст — 67,6 лет), которые составили 2 группы: 1 группа — больные АГ в сочетании с СД 2 типа (19 человек); 2 группа сравнения — 17 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ). Обследование включало суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью монитора МнСДП-3 с программным пакетом анализа BPLab для Windows в свободном двигательном режиме на «нерабочей» руке каждые 15 минут в дневное время и каждые 30 минут ночью. На момент исследования пациенты не получали антигипертензивную терапию. Анализировались среднедневные и средненочные показатели систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), вариабельность АД, степень ночного снижения АД, рассчитывалась гипертоническая нагрузка (индекс времени гипертонии).

Результаты исследования: при анализе суточного профиля АД было отмечено, что у больных АГ в сочетании с СД 2 типа чаще встречались типы « non-dipper» (54 % случаев) и «dipper» (34%

случаев), тип «night-picker» встречался у 12% пациентов. В группе больных с эссенциальной АГ в 46% случаев отмечен тип «non-dipper», в 41%- «dipper», у 13% больных — тип «night-picker». Пациентов с суточным индексом, соответствующим типу « over-dipper» выявлено не было. У больных АГ с СД 2 типа среднедиастолическое АД (ДАД) было достоверно выше на 4,9% ($p < 0,05$) по сравнению с лицами с эссенциальной АГ. Значения среднесистолического АД (САД) в исследуемых группах достоверно не отличались. Вариабельность систолического и диастолического АД, а также среднесуточная ЧСС выше у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа по сравнению с больными с эссенциальной АГ. Установлено, что при АГ в сочетании с СД 2 типа возрастают показатели вариабельности и нагрузки давлением.

Выводы: у больных пожилого возраста АГ в сочетании с СД 2 типа выявлено преобладание патологических типов суточного профиля АД, недостаточная степень ночного снижения АД, возрастание показателей нагрузки давлением, повышенная вариабельность АД, что является неблагоприятным предиктором сердечно-сосудистых осложнений.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Ковалевская Е.А., Баранов В.Л., Шустов С.Б.

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

Распространённость СД в России составляет, по меньшей мере, 3%. Особую проблему в медицинском, социальном и экономическом плане представляют хронические осложнения диабета. Такому осложнению заболевания, как эректильная дисфункция (ЭД), существенно снижающему качество жизни больных, далеко не всегда уделяется должное внимание. По данным литературы частота ЭД у мужчин, страдающих СД 2 типа в возрасте до 30 лет, составляет около 20%, а после достижения 50 лет - возрастает до 50%.

Цель: изучить влияние препарата аффинно очищенных антител к эндотелиальной NO-синтазе, применяющегося для коррекции эректильной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа, на андрогенный статус пациентов.

Методы: обследованы 100 мужчин СД 2 типа средней степени тяжести, с наличием ЭД с длительностью заболевания 8,1±4,6 лет и средним возрастом 48,5±7,2 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первой группе пациентов (50 человек) назначен препарат аффинно очищенных антител к эндотелиальной NO синтазе на 24 недели, остальные 50 человек (2 группа) препарат не получали. Оценивались: показатели половых гормонов, степень нарушения эрекции (опросники МИЭФ и андрогенный статус) исходно, на 12 и 24 неделях наблюдения.

Результаты: в 1 группе пациентов по результатам анкетирования (опросник МИЭФ-5) отмечалась средняя степень нарушения сексуального здоровья (15 + 2 балла), при оценке андрогенного статуса выявлен невыраженный дефицит андрогенов (26 + 3 балла). У больных второй группы по результатам опросника МИЭФ-5 также отмечалась средняя степень нарушения сексуального здоровья (15 + 3 балла), оценка андрогенного статуса показала невыраженный дефицит андрогенов (23 + 2 балла). После курса лечения у пациентов 1 группы по данным опросника МИЭФ 5 отметилась положительная динамика в виде достоверного улучшения сексуального здоровья (легкая степень нарушения, соответственно 20 + 2 балла) ($p < 0,05$); андрогенный статус у 1 группы пациентов так же улучшился и составил 21 + 3 балла (невыраженный дефицит андрогенов) ($p < 0,05$), вместе с тем у пациентов без терапии степень сексуального здоровья и состояние андрогенного статуса остались без изменений 17 + 3 балла по опроснику МИЭФ и 25 + 2 балла по опроснику андрогенный статус.

Выводы: назначение препарата аффинно-очищенных антител к эндотелиальной NO – синтазе больным сахарным диабетом 2 типа для лечения эректильной дисфункции оказывает положительное влияние на показатели андрогенного статуса.

ДИСБАЛАНС ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ И ЭТИОЛОГИИ

Харитонов М.А., Салухов В.В., Иванов В.В.

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

Цель исследования. Изучить динамику некоторых показателей гуморальной регуляции у больных пневмонией в зависимости от

этиологии и тяжести заболевания.

Методы исследования. В период с октября 2014 по май 2016 гг. было обследовано 87 военнослужащих, страдающих внебольничной пневмонией (ВП) различной тяжести, проходивших стационарное лечение в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и "442 военного клинического госпиталя". В исследование включались только лица мужского пола в возрасте 18 и 25 лет, проживающие в условиях организованных коллективов (казарма), без сопутствующих хронических заболеваний.

С помощью радиоиммунологического метода мы определяли некоторые ключевые гормоны, участвующие в важнейших патогенетических и метаболических процессах в организме больных пневмонией: тестостерон, эстрадиол и кортизол.

Результаты. Анализируя полученные результаты гормонального исследования у больных с ВП различной тяжести, следует отметить, что в группе пациентов с нетяжелой внебольничной пневмонией (НВП) существенных гормональных сдвигов на всех этапах лечения отмечено не было, а у страдающих тяжелой ВП, независимо от верификации инфекционных агентов, вначале болезни были отмечены статистически значимые различия всех исследуемых гормонов в сравнении с нормой и показателями НВП. В частности, уровень тестостерона в остром периоде болезни до начала эмпирической антибактериальной терапии был значительно ниже нормы и показателей в группе НВП ($p<0,05$) и составлял $2,4\pm0,4$ нг/мл. Содержание кортизола у больных с тяжелой пневмонией (ТВП) также было существенно меньше значений больных нетяжелой пневмонией – $370,9\pm29,4$ и $427,5\pm18,0$ нмоль/л соответственно ($p<0,05$ между группами), но не выходило за нижние пределы референсных значений. Уровень эстрадиола при поступлении в стационар в группе ТВП, наоборот, имел отчетливую тенденцию к повышению и достигал $61,5\pm2,7$ нмоль/л, что статистически значимо превышало показатели больных мужчин нетяжелой формой заболевания – $48,6\pm2,7$ нмоль/л ($p<0,05$ между группами). После проведенной комплексной терапии у всех пациентов ТВП к моменту выздоровления и выписки стационара изучаемые гормоны пришли в норму с достижением статистически значимых различий в динамике заболевания.

Выводы. Таким образом, подводя итоги изучения определенных показателей гормональной регуляции, можно подчеркнуть, что мы

установили опосредованное влияние вирусных и бактериальных агентов на систему гуморальной регуляции в ходе развития тяжелого воспалительного процесса в легких. Это проявлялось снижением функции надпочечников и выраженным угнетением гонадной системы со снижением синтеза важнейшего анаболического стероида – тестостерона, сохраняющееся до периода выздоровления, что приводило к более длительным и тяжелым расстройствам метаболических процессов в организме. Компенсаторной защитной реакцией в острую фазу болезни можно считать установленная нами тенденция к повышению уровня эстрадиола у больных с тяжелой пневмонией. Угроза жизни, вызванная тяжелым патологическим процессом, по всей видимости, приводит к перестройке стероидогенеза в пользу эстрогенов (эстрадиола), обладающего дополнительным антиоксидантным (защитным) действием.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ягашкина С.И.

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

Цель исследования. Изучение клинических особенностей инфекционного эндокардита (ИЭ), предикторов прогноза у больных старческого возраста в ФГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

Материал и методы. Всего обследовано и пролечено в течение 2014-2015 г. 22 больных с ИЭ, средний возраст больных составил 79,5 ± 2,4 года. Женщин было 13 (61,9%), мужчин - 9 (38,1%).

Всем больным проводилось клиническое обследование, лабораторные анализы, включая клинические и биохимические исследования, многократные исследования гемокультуры, рентгенологические, ЭКГ и ЭХО КГ. При показаниях проводили компьютерную томографию легких и мозга. Проводился статистический анализ полученных показателей. Анализировали факторы риска смерти.

Полученные результаты. Вторичный инфекционный эндокардит диагностирован у 94% (20 больных). Инфекционный эндокардит с поражением протеза клапана - в 11,7%. Более часто у больных наблюдалось подострое течение ИЭ (у 76,3% больных). Основными клиническими синдромами были следующие: интоксикационный синдром - в 54,2%, поражение клапанов – в 100%,

тромбоэмболический - в 23,3% случаев, артритический – в 17%, гепатолиенальный – в 58%, поражение нервной системы у 61,3% больных.

Вегетации при ЭХОКГ выявлялись изолировано на аортальном клапане (35,3 %) и митральном клапане - (35,3%), реже - на трикуспидальном клапане. В 66% случаев вегетации были выявлены на кальцинированных клапанах.

У 3-х больных развитие ИЭ было связано с имплантацией электрокардиостимулятора. У 10 больных ИЭ развился на фоне острого нарушения мозгового кровообращения, у 12 больных начало заболевания связывали с внебольничными пневмониями (7 больных), 9 больных страдали сахарный диабетом 2 типа, у всех пациентов диагностированы ИБС и ГБ.

Анализ полученной гемокультуры показал, что наиболее часто высевались следующие: Kl.pneumonia (23,5%), St. aureus (18.6%), Ent.faecium (11,8%) , Ent.faecalis (12,4%) C.albicans (11,8 %), E.coli (6,1%), Pr.mirabilis (9,3%), Str. Epidermalis (6,5%). Наиболее тяжело протекал ИЭ, вызванный St. Aureus.

Из 22 пациентов умерли 16, что составило 72%.

Сравнение выживших больных с группой умерших показало, что выжившие были более «моложе». Так, возраст выживших составил 78,4 года, тогла как в группе умерших -81,6 года и более. Фатальный исход наблюдался у больных, заболевших ИЭ во время ОНМК. Не перенесли ИЭ все пациенты, имевшие возбудителем золотистый стафилококк. У таких больных был более выражен интоксикационный синдром и гнойные осложнения.

По причинам смерти преобладала острая сердечно-сосудистая недостаточность 46,4 % ; далее – интоксикация 31,3% ; острая почечная недостаточность - 8,2 %, отек головного мозга - 18,2 % ; ТЭЛА - 4,1%.

Выводы. Инфекционный эндокардит у пациентов старческого возраста характеризуется тяжелым течением и высокой летальностью. Наиболее неблагоприятными прогностическими факторами являются: возраст старше 80 лет, возбудитель - золотистый стафилококк и развитие ИЭ во время мозгового инсульта.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ МЕТОДОМ ПЕНАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Пугачев М.И.[2], Добровольская Л.М.[1], Куренкова И.Г.[1], Шустов С.Б.[1]

«Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», Санкт-Петербург[1],

ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь», Ростов-на-Дону[2]

Обследовано 64 пострадавших с ожогами (47 мужчин и 17 женщин), в возрасте от 21 до 65 лет (средний возраст 44,2±1,8). Критериями включения в исследование были: наличие поверхностных ожогов более 15% или глубоких более 10% площади тела, либо сочетание глубоких и поверхностных ожогов при общей площади более 15% площади тела. Тяжесть ожоговой травмы определялась по индексу тяжести состояния (ИТС), который включает в себя оценку площади глубокого или поверхностного ожога, возраст, степень ингаляционной травмы. В зависимости от тяжести состояния все обследованные были разделены на две группы: с удовлетворительным состоянием (ИТС от 0,02 до 0,59) и тяжелым состоянием (ИТС от 0,6 до 1). Группы были сопоставимы по количеству наблюдений (n=33 и n=31), по возрасту и полу. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых с группой обожженных по возрасту и полу (20 мужчин, 10 женщин).

Систолическое артериальное давление, измеренное на средней фаланге пальца кисти, методом разгруженной артерии (САДф) было ниже показателей, выявленных у здоровых людей, как в 1, так и во 2 группе обожженных (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели систолического артериального давления по методу Пеназа у обожженных группы 1 и 2 в различные сроки лечения, Me (25–75%)

Время измерения показателя	Группа 1	Группа 2
САДф в перв. 12 ч после ожога, мм рт. ст.	125,1 (99,7–144,1)*	104,5 (80–118,5) &&
САДф ч/з 24 ч после ожога, мм рт. ст.	104,2 (86,1–153)&	116,2 (91,2–132,5) &&
САДф ч/з 48 ч после ожога, мм рт. ст.	130 (104,2–142,7)	125,8 (106,7–129) &&

Время измерения показателя	Группа 1	Группа 2
САДф в перв. 12 ч после ожога, мм рт. ст.	125,1 (99,7–144,1)*	104,5 (80–118,5) &&
САДф ч/з 72 ч после ожога, мм рт. ст.	114,6 (95,3–127,3)&	109,5 (86,5–123,4) &&
САДф ч/з 6 суток после ожога, мм рт. ст.	150,9 (123,6–169,9)*	128,5 (107,5–144,5)#
САДф ч/з 14 суток после ожога, мм рт. ст.	137,5 (121,8–167,8)	136,5 (126,9–167,4)#
САДф контрольной группы, мм рт. ст.	144,9 (120,5–153,9)	

Примечание: * – $p<0,05$ при сравнении между 1 и 2 группой; # – $p<0,01$ при сравнении с уровнем при поступлении; & – $p<0,05$; && – $p<0,01$ при сравнении с контрольной группой.

Вместе с тем, у пациентов 2 группы наблюдалось более выраженное снижение САДф, что наиболее отчетливо проявлялось при поступлении и через 6 суток пребывания в стационаре, когда различия между величинами, установленными в 1 и 2 группе оказались статистически значимы ($p<0,05$). Это может объясняться спазмом периферических артерий при ожоговом шоке, который у наиболее тяжелых больных имеет достаточно длительное течение.

Что касается показателей диастолического артериального давления, измеренного на средней фаланге пальцев кисти (ДАДф) то, в исследовании не удалось выявить существенных различий ДАДф как между группами больных, так и с контрольной группой ($p>0,05$).

Таким образом, в результате настоящего исследования установлено, что ожоговая болезнь вызывает у пациентов существенное изменение артериального давления в артериях пальцев кисти. У пациентов с ожоговой болезнью тяжелого течения в период ожогового шока артериальное давление в сосудах пальцев кисти значительно снижается.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

Богомолов А.Б., Казанцев В.А., Фроленко Е. П.

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

Цель исследования. Определить особенность течения внебольничной пневмонии (ВП) у военнослужащих по призыву в зависимости от клинических показателей и бронхологической картины.

Материалы исследования. Проведен анализ течения ВП у 72 военнослужащих, которые находились на лечении в 1 клинике (терапии усовершенствования врачей) ВМедА. Средний возраст больных 21,3±0,3 года. Пневмонию впервые перенесли 86,4%, второй раз – 13,6% пациентов. Продолжительность догоспитального периода составила 1,7±0,14 суток. В 14,6% случаев выявлены воспалительные заболевания ЛОР-органов. Доля курящих больных составила 34,6%. Всем пациентам выполняли фибробронхоскопию (ФБС). Основным показанием являлось сохранение влажных хрипов или крепитации над зоной инфильтрации при аускультации легких в течение 3-4 дней на фоне антибактериальной терапии, ателектазы, кровохарканье. Больные разделены на две группы по степени выраженности морфологических изменений трахеобронхиального дерева. I группа (n=29) включала больных с гнойным эндобронхитом. II группа - пациенты со слизисто-катаральным эндобронхитом (n=41). Четыре пациента (5%) исключили из обработки по причине нормальной картины слизистой оболочки трахеобронхиального дерева.

Результаты исследования. Изучение анамнеза показало, что больные I группы в большей степени связывали свое заболевание с переохлаждением – 89,2% против 72,5% II группы, $p<0,05$. Частота катаральных проявлений верхних дыхательных путей была значительно выше в I группе (70,8%), чем в II (42,9%), $p<0,05$. Пневмония в большинстве случаев (96%) разрешалась в срок до 1-го месяца. Затяжное течение ВП встречалось гораздо реже, у 4% пациентов всей выборки. Установлено, что лихорадочная реакция, потливость, озноб, кашель, одышка, боль в груди достоверно чаще регистрировались в I группе больных ($p<0,05$). Все больные жаловались на кашель, отхождение гнойной мокроты было достоверно чаще у пациентов I группы (32%), чем во II группе (12%), $p<0,05$.

Длительность продуктивного кашля также была разной: I группа 9,2±0,71 дня, II группа 6,3±0,50 дня, $p<0,05$. Анализ физикальных данных при обследовании больных показал достоверное различие по частоте влажных мелкопузырчатых хрипов над зоной поражения: в группе I – 60%, а в группе II – 45%, $p<0,05$.

Вывод. Клиническая картина ВП с развитием гнойного эндобронхита характеризуются выраженной интоксикацией, длительным продуктивным кашлем, более яркими физикальными проявлениями. Продолжительность стационарного этапа лечения таких пациентов существенно больше.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ, В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ СТАЦИОНАРЕ

Киреева Е.Б., Першко В.А., Рубцов Ю.Е., Гуськов А.С., Попов А.В.

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

Учитывая, что сенильный остеопороз является заболеванием пожилого возраста, подход к лечению должен иметь ряд особенностей, подчиняющихся общим законам гериатрической практики, включающим в себя решением нескольких задач: уменьшение болевого синдрома, назначение костного анаболика, как препарат патогенетической терапии, решение вопроса о первичной и вторичной профилактики повторных переломов. Для уменьшения болевого синдрома, зачастую назначают несистемный прием миорелаксантов и анальгетиков, в том числе и опиоидных, которые могут значительно ухудшить течение коморбидной патологии, так и приводить к повторной травматизации пациентов на фоне существующей саркопении. Как показывает практика, наиболее часто используемыми препаратами, применяемыми для купирования болевого синдрома, являются нестероидные противовоспалительные средства. При этом необходимо отметить, что данная группа препаратов при превышении их суточных дозировок, а также длительном и неконтролируемом приеме могут оказывать выраженное токсическое действие на различные органы и системы и приводить как к острым отравлениям, так и хроничеким воздействиям, обуславливающим развитие токсических гастро-, гепато- и

нефропатий, а так же токсическое воздействие на костно-мозговое кроветворение, что может привести к развитию панцитопенического синдрома. Учитывая это, терапию болевого синдрома у данных пациентов необходимо проводить под тщательным контролем показателей функции сердечно-сосудистой системы, выделительной функции почек, показателей гемо- и коагулограмм, маркеров цитолиза, исключив при этом эрозивно-язвенное поражение слизистой желудочно-кишечного тракта. Также нельзя забывать о полипрагмазии и зачастую необходимости редуцировании доз препаратов, получаемых гериатрическими пациентами. В нашей клинической практике хорошую эффективность в борьбе с хроническим болевым синдромом при сенильном остеопорозе показал препарат прегабалин, позволяющий при системном применении не только уменьшить болевой синдром, но и значительно снизить колличество получаемых препаратов. Также препарат положительно влияет и на психоэмоциональную сферу пациентов.

Патогенетической терапией остеопороза, осложненного множественными переломами и выраженным болевым синдромом, является костно-метаболическая терапия препаратом форстео (терипаратид), который стимулирует формирование костной ткани посредством прямого влияния на остеобласты, тем самым повышает костеобразование, повышает МПК, улучшает микроархетиктонику губчатой кости, повышает кортикальную плотность, тем самым улучшает геометрию кортикальной части кости, повышает объем трабекулярной костной ткани и как конечная точка снижает риск повторных переломов. Все это приводит к снижению выраженности болевого синдрома. Одной из важных задач является обеспечение длительного приема препаратов кальция и витамина Д. Следует отметить, что успех лечения остеопороза зависит и от немедикаметнозных методов терапии, включающих в себя ЛФК, укрепление мышечного корсета, ношение полужестких или жестких корсетов, тазобедренных протекторов, пользование тростью, антискользинами, коррекция зрения, которые предотвращающих дальнейшее развитие новых компрессионных переломов позвонков, а также снижающих болевой синдром за счет уменьшения подвижности и декомпрессии пораженных позвонков.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

Ковалевская Е.А., Сардинов Р.Т.,

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия.

В 21 веке ожирение принимает масштабы пандемии. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2008 г. свыше 1,6 млрд взрослого населения планеты имели избыточный вес, в том числе более 500 млн — ожирение. Эксперты ВОЗ полагают, что к 2025 г. число больных ожирением в мире значительно увеличится. Полагают, что к 2050 г. все население экономически развитых стран будет иметь ту или иную степень ожирения. В России на сегодняшний день распространенность ожирения и избыточной массы тела составляет около 50 %.

Цель: изучить динамику массы тела и психоэмоционального состояния у пациентов с ожирением на фоне терапии сибутрамином.

Методы: обследован 191 пациент с ожирением. Длительность лечения составила 12 месяцев, средний возраст пациентов 43,1±1,07 год. Женщин было 78%, мужчин 18 %. Главным критерием исключения было наличие у пациентов наличие сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензии. Контрольную группу составили 60 человек, а основной группе (131 пациент) было начато лечение сибутрамином в дозе 10 мг. В дальнейшем 23% пациентов потребовалось увеличение дозировки до 15 мг для преодоления эффекта "плато".

Результаты: артериальное давление и частота сердечных сокращений не продемонстрировали значимого изменения исследуемых показателей. При сравнении частоты пульса в основной группе до лечения показатели составили 76,3±3,4, в группе контроля - 75,9±3,3, а через 12 месяцев в группе лечения частота пульса составила 74,2±3,6 ($p > 0,05$), а в группе контроля 74,6±3,5 ($p > 0,05$). Таким образом, динамика частоты пульса в обеих группах оставалась стабильной в течение всего периода терапии и наблюдения. На этом фоне отмечалось снижение систолического артериального давления в группе лечения с 125,6±6,2 мм рт. ст до 117,4±4,3 ($p > 0,05$) через 12 месяцев терапии, а в группе контроля с 125,7±6,2 мм рт. ст до 121,3±4,1 ($p > 0,05$). Применялось анкетирование с использованием опросников общего самочувствия и эмоционального фона. На фоне проводимого лечения было отмечено улучше-

ние эмоционального благополучия в 1,9 раз в группе лечения, а в группе контроля в 1,2.

Снижение массы тела в основной группе (получающих терапию) через 12 месяцев составило 11,6±2,41 кг, в то время как в группе контроля 4,2±1,83 ($p < 0,05$). Объем талии у пациентов получающих дополнительно сибутрамин через 12 месяцев уменьшился на 12±2 см, а в группе контроля на 5,6 ± 1,3 см, что свидетельствует об эффективности проводимой лекарственной терапии по сравнению с соблюдением низкокалорийной диеты и физической активности. Учитывая, что данный показатель является маркером кардиометаболического риска, данный факт имеет большое значение в прогнозе развития осложнений у данных пациентов.

Выводы: ожирение – это мультидисциплинарная проблема. Для того, чтобы остановить пандемию ожирения, необходимо организовать системную борьбу с данной патологией, аналогичную программам по борьбе с курением и наркоманией. Системное решение этой проблемы могло бы стать одной из перспективных задач отечественного здравоохранения. Препарат сибутрамин, назначаемый строго по показаниям, может быть использован в различных программах терапии ожирения.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Власова-Розанская Е.В.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, г. Минск, Беларусь

Цель исследования: разработать методику применения физических факторов реабилитации пациентов после трансплантации сердца.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования 76 пациентов после пересадки сердца, в их числе городских жителей - 55 (80,9%) человек, сельских – 13 (19,1%). Из них 68 (89,5%) - мужчины и 8 (10,5%) - женщины. Средний возраст составил 55,2+3,6 года. Высшее образование имели 19 (27,9%) человек, средне-специальное - 23 (33,8%), среднее - 16 (23,5%), начальное - 10 (14,7%). Вторая группа инвалидности до трансплантации определялась у 64 (84,2%) человек, 1 группа – у 12 (15,8%) пациентов.

После трансплантации и через год 100 % пациентов устанавливалась 1 группа инвалидности.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими протоколами.

Результаты. Проведение физической реабилитации после трансплантации сердца включает несколько этапов. Лечебно-реабилитационный этап проводится в отделении интенсивной терапии и реанимации кардиохирургического отделения инструктором лечебной физкультуры (ЛФК) спустя 6-8 ч после выхода реципиента из состояния наркоза и отключения от системы искусственной вентиляции легких.

Комплекс лечебной гимнастики включает: дыхательную гимнастику, дыхательные тренировки вдоха и выдоха с использованием спирометров, лечебную гимнастику, физические тренировки малых мышечных групп, массаж.

Двигательный режим - постельный. Назначают упражнения, способствующие восстановлению навыков самообслуживания и ранней активизации реципиента, из исходного положения – лежа. В построении комплекса лечебной гимнастики используют статические и динамические дыхательные упражнения, специальные упражнения для мышц шеи и дистальных частей конечностей. Режим тренировки - каждые 2-3 ч. Назначают пассивные движения в плечевом суставе на стороне операции. Со 2-го дня включают упражнения на сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах без отрыва стоп от постели, отведение руки в плечевом суставе без приподнимания ее над постелью, ограниченное пассивное или активное с помощью сгибание руки в локтевом суставе на стороне операции, дыхательные тренировки вдоха и выдоха с использованием спирометров. Форсированное дыхание исключают. При отсутствии осложнений длительность лечебной гимнастики составляет 7-10 дней.

С улучшением общего состояния (с 4-5-го дня) выполняют повороты туловища направо и налево, упражнения в исходном положении сидя и иногда стоя. Назначают отведение руки на стороне операции выше горизонтального уровня, продолжают дыхательные упражнения несколько раз в день. С 7-10-го дня (иногда раньше) постепенно переходят к спусканию ног с кровати и упражнениям из положения сидя (маховые движения в коленных суставах, повороты туловища в стороны, динамические дыхательные упражнения).

С целью профилактики застойных явлений в органах брюшной полости и малом тазу назначают упражнения для крупных мышечных групп туловища и движения туловища в разных направлениях, которые стимулируют венозную гемодинамику.

Продолжительность занятия, число упражнений и пауз отдыха в зависимости от самочувствия реципиента увеличиваются постепенно за счет числа повторений каждого упражнения и темпа. Нагрузочные упражнения применяются с чередованием дыхательных упражнений и упражнений на расслабление – для снижения мышечного тонуса и выравнивания гемодинамических нарушений, артериального давления.

Физиотерапевтическое воздействие осуществляют по медицинским показаниям. Ингаляционная терапия: с первого дня после операции 1-2 раза в день ежедневно, курс 10-15 процедур. Фототерапияполяризованным светом на область послеоперационной раны - 1-2 раза в день во время перевязок ежедневно, курс 7-10 процедур. Массаж – с 3 дня после операции: спины и/или конечностей ежедневно, курс 10-15 процедур.

Этап ранней медицинской реабилитации проводится в стационарных отделениях ранней медицинской реабилитации республиканского уровня.

Лечебная гимнастика включает комплекс упражнений, состоящий из дыхательных упражнений статического и динамического характера; упражнений для тренировки вдоха и выдоха; общеразвивающих, специальных упражнений для мышц спины и живота; физической тренировки малых мышечных групп.

В зависимости от характера заболевания, тяжести хирургического вмешательства, состояния реципиента в сроки от 7-го до 15-го дня (решается индивидуально) разрешается вставать с постели. В комплекс лечебной гимнастики включают упражнения из исходного положения (и.п.) стоя, простые упражнения на координацию движений и восстановление нормальной осанки, на внимание, медленную ходьбу.

Методика лечебной гимнастики изменяется соответственно расширению двигательной активности адекватно состоянию пациента, режим свободный.

Задачей лечебной гимнастики на данном этапе становится щадящая тренировка сердечно-сосудистой системы и дыхательного аппарата. Для этого используют статические и динамиче-

ские дыхательные упражнения, для мышц верхних конечностей, мышц грудной клетки, дренажные и корригирующие упражнения. Увеличивают нагрузку физическими упражнениями с включением упражнений на координацию и восстановление правильной осанки, дозированных силовых упражнений. Их выполняют в и.п. лежа, сидя и стоя. Продолжительность процедур лечебной гимнастики 15-20 мин несколько раз в день. После операции через 4 недели начинают использовать ходьбу в качестве тренирующего фактора.

Не ранее, чем через 1 месяц после трансплантации сердца при отсутствии противопоказаний, могут назначаться: велотренировка, тренировка на спировелоэргометре (спироВЭМ) и тредмиле.

Рекомендуемая длительность расстояния при дозированной ходьбе определяется толерантностью к физической нагрузке, выявленной при велоэргометрической пробы (ВЭП)/спироВЭМ. При максимальной мощности нагрузки≤50 Вт пациентам назначается ходьба 3 км в день за 3-4 приема. При мощности >50 Вт - 5 км за 3-6 приемов.

Тренировки на велотренажере назначают после проведения ВЭП и/или спиро-ВЭП. Индивидуально определяют мощность тренирующей нагрузки в соответствии с максимально достигнутой. Тренировки на велотренажерах проводятся 3 раза в неделю.

Заключение. Таким образом, в ходе проведенного исследования разработаны принципы медицинской реабилитации пациентов после пересадки почки, включая физические аспекты. Наиболее ранее начало, последовательность проведения реабилитационных мероприятий будет способствовать ранней активизации больных, снижению раннего выхода на инвалидность, тяжести инвалидности и возвращению пациентов к социально активной жизни.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Богомолов А.Б., Николаев А.В., Иванов В.В.

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

Цель исследования. Выявить характер бактериальной флоры бронхиальных смывов при внебольничной пневмонии (ВП) у военнослужащих по призыву.

Материалы исследования. Выполнен анализ 72 историй болезни у военнослужащих по призыву, проходивших лечение по пово-

ду ВП в 1 клинике (терапии усовершенствования врачей) ВМедА. Средний возраст больных 21,3±0,3 года. Пневмонию впервые перенесли 86,4%, второй раз – 13,6% пациентов. Продолжительность догоспитального периода составила 1,7±0,14 суток. В 14,6% случаев выявлены воспалительные заболевания ЛОР-органов. Доля курящих больных составила 34,6%. Всем пациентам выполняли фибробронхоскопию (ФБС). Во время бронхологического исследования проводился сбор промывных вод бронхов в стерильные контейнеры для бактериологического исследования. Материал доставлялся в бактериологическую лабораторию в течение 1 часа. Все больные были разделены на две группы по степени выраженности морфологических изменений трахеобронхиального дерева. I группа (n=29) включала больных с гнойным эндобронхитом. II группа - пациенты со слизисто-катаральным эндобронхитом (n=41).

Результаты исследования. При анализе результатов посева бронхиальных смывов получены следующие результаты. Бактериологическое исследование продемонстрировало рост микрофлоры в 47,2 % случаев (n=46). Streptococcuspneumoniae выявлен у 6 больных, Klebsiella pneumoniae – у 3, Haemophilusinfluenzae в 4 случаях, Staphylococcusaureus - в 5, Streptococcusviridans - в 14, Candidaalbicans – в 11, Acinetobacterbaumanii – в 3 случаях. K. pneumoniae, S. aureus, A. Baumanii были выявлены только у больных I группы. Причем, в группе I чаще выделяли пневмококк ($p<0,05$), а также Streptococcusviridans, что может свидетельствовать о более выраженном микробном воспалении в бронхах и более интенсивной колонизации слизистой оболочки трахеобронхиального дерева. С другой стороны, достоверно чаще регистрировали стерильность смывов со слизистой бронхов у больных II группы с катаральным эндобронхитом (31,0 против 70,7% соответственно).

Вывод. Микробиологическая характеристика ВП, сопровождающейся гнойным эндобронхитом имеет свои особенности. Достоверно чаще выявляются бактериальные возбудители пневмонии, в том числе и те (K. pneumoniae, S. aureus, A. Baumanii), которые характерны для нозокомиальных инфекций. В группе ВП, протекающих со слизисто-катаральным эндобронхитом, отмечен меньший вклад бактериальной составляющей в этиологической структуре. Этот дисбаланс может быть обусловлен значимым вкладом «атипичной флоры» в развитие пневмонии.

НАСЫЩЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Асямов К.В., Садыков Р.Р., Грозовский Ю.Р., Тамасханова М.М., Бурунчанова И.А.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: обследовано 133 больных ХОБЛ II-IV степеней, средний возраст составил 68,7 (56,5-76) лет. Больные были разделены на 3 группы: 1- больные ХОБЛ II ст. (45 человек), 2- больные ХОБЛ III ст. (44 человека), 3- больные с ХОБЛ IV ст. (44 человека). В исследуемой группе существенно преобладал мужской пол- 65,3%, женский пол - 38,7%. Контрольная группа включала 20 человек (12 мужчин и 8 женщин) аналогичного с больными возраста без хронических заболеваний дыхательной системы и без анамнеза курения, средний возраст составил 70,5 (65-78) лет.

Результаты: в 1 подгруппе пациентов в фазе обострения ХОБЛ SatO2 составила 93,8%, что было существенно ниже, чем в группе контроля ($p < 0,05$). При достижении ремиссии данный показатель увеличился до 97,0% ($p < 0,05$). Во второй подгруппе больных в фазе обострения SatO2 была значительно ниже по сравнению с показателем в контрольной группе и составляла 91,0% ($p < 0,05$). После стандартного курса лечения обострения ХОБЛ сатурация гемоглобина кислородом артериальной крови увеличилась до 96,4% и значимо не отличалась от показателей в контрольной группе ($p > 0,05$). В подгруппе пациентов с ХОБЛ IV степени насыщение гемоглобина кислородом в фазе обострения составило 90,3%, что было значительно ниже, чем в контроле, 1 и 2 подгруппах. После лечения сатурация гемоглобина кислородом артериальной крови улучшилась, но оставалась значительно ниже показателей в контрольной группе, у больных ХОБЛ II и III степеней ($p < 0,05$).

Выводы: 1. Изменения насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом у лиц с ХОБЛ является следствием патологических изменений в легочной ткани.

2. Наиболее значимые патологические отклонения сатурации гемоглобина артериальной крови кислородом регистрируется у больных ХОБЛ IV степени в фазе обострения.

3. На фоне стандартной терапии обострения ХОБЛ сатурация гемоглобина артериальной крови во всех группах больных улучшалась.

4. У больных ХОБЛ IV степени в фазе ремиссии сатурация гемоглобина артериальной крови была ниже, чем в контрольной группе и у больных ХОБЛ II и III степеней.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Харитонов М.А., Садыков Р.Р.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Экстремальная боевая обстановка оказывает негативное влияние на соматическую заболеваемость военнослужащих, среди которых преобладают болезни органов дыхания до 54,4% в общей структуре. При этом среди легочной патологии в локальных вооруженных конфликтах основное место занимала пневмония – 58%, заболеваемость которой превышала показатели «обычной» (повседневной) заболеваемости в Вооруженных Силах в 2-3 раза.

Внебольничная пневмония (ВП), развивающаяся в экстремальных условиях, протекает на фоне синдрома хронического адаптационного (эколого-профессионального) перенапряжения военнослужащих, что существенно влияет на характер течения патологического процесса в легких.

Целью настоящего исследования было обоснование необходимости применения дополнительных патогенетических средств в комплексном лечении внебольничных пневмоний (ВП), развившихся у военнослужащих при воздействии на организм экстремальных военно-профессиональных факторов, и оценить их эффективность.

Учитывая феномен взаимного отягощения в развитии патологического процесса в легких за счет взаимодействия механизмов собственно воспаления, так и механизмов эколого-профессионального перенапряжения, мы полагали, что повышение эффективности лечения таких ВП может быть обеспечена только при комплексном и адресном воздействии конкретными препаратами на определенные патофизиологические механизмы.

Проведено сравнительное изучение эффективности разрабо-

танной схемы дополнительного комплексного лечения 71 больного среднетяжелой и тяжелой ВП из числа военнослужащих по призыву, проходящих службу в течение 3-х месяцев в зоне локального вооруженного конфликта в Чеченской Республике зимой-весной 1996 г.

Все обследованные больные ВП были разделены на 2 примерно одинаковые группы. Контрольную – составили 34 военнослужащих с пневмонией, которые лечились по стандартной схеме, и основную – в количестве 37 пациентов, которым помимо обычной терапии, назначался дополнительный лечебный набор следующих препаратов: поливитаминно–микроэлементный комплекс, анаболические средства (ретаболил, метилурацил), антиоксиданты и белковые препараты.

Была установлено, что у военнослужащих – участников боевых действий в локальном вооруженном конфликте пневмония протекала с более выраженными и продолжительными симптомами интоксикации. Более резко проявлялись и длительно сохранялись нарушения вентиляционной функции лёгких, причем, чаще по обструктивному типу. Поражение лёгочной ткани было более обширным. В 25,5% случаев наблюдали осложненное течение ВП, что в 2 раза превышало частоту осложнений у военнослужащих, заболевших вне зоны вооруженного конфликта.

В результате проведенного исследования было показано, что использование в комплексной терапии больных ВП средств, действие которых направлено на коррекцию проявлений дезадаптации, позволило сократить сроки лечения в стационаре в 1,6 раза и уменьшить число осложнений заболевания в 2,4 раза в сравнении с контрольной группой.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ МЕТОДОМ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА

Буркова Ю.С., Харитонов М.А.

Военно-Медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: методом перфузионной сцинтиграфии миокарда оценить выраженность нарушений коронарного кровотока

у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)) и ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования: всего было обследовано 87 больных пожилого возраста. Из них 64 пациентов ХОЗЛ (34 пациента с БА и 30 пациентов с ХОБЛ), группа сравнения – 23 пациента с ИБС. Все больные были разделены на пять групп: 1- группа – 20 больных бронхиальной астмой средней тяжести (БАС), 2-я – 14 человек БА тяжелого течения (БАТ), 3-я –18 больных (ХОБЛ III степени), 4-я –12 пациентов (ХОБЛ IV степени), 5-я – 23 больных ИБС.

Для оценки состояния кровотока сердечной мышцы всем больным в период обострения заболевания проводилась перфузионная сцинтиграфия миокарда (ПСМ) в покое. Оценка перфузии проводилась бассейнах артерий левого желудочка: левой нисходящей артерии (LAD), левой огибающей артерии (LCX), правой коронарной артерии (RCA), и общей перфузии (ТОТ) - по всем артериям, в процентном выявлении площади дефектов перфузии по отношению к общей площади левого желудочка. Общепринятые критерии оценки: нормальный кровоток в миокарде: 0 – 5%. Диагностически значимыми нарушениями перфузии принимались – выше 5%, выраженным – выше 15%.

Результаты: было установлено, что наименьшая площадь дефекта перфузии миокарда в (LAD) была зарегистрирована в группе больных ХОБЛ IV ст. – 8,2±2,6%, что было достоверно ниже, чем у больных ИБС, БАС и БАТ ($p<0,05$). Наибольшая площадь выявленных дефектов перфузии в бассейне (LCX) была в группе сравнения и составила 16,6±2,1%, что было достоверно выше, чем у больных с III, IV ст. ХОБЛ и БАС ($p<0,05$). Нарушение перфузии в бассейне RCA было выраженной во всех группах больных ХОЗЛ (выше 15%) и достоверно не отличалась от показателей группы сравнения ($p>0,05$). Анализ перфузии ТОТ выявил достоверные различия между показателем группы ИБС, составившим 24,4±2,2% и группой больных ХОБЛ III и IV стадией – 8,8±2,1% ($p<0,05$).

Выводы: в ходе обследования были показаны существенные различия коронарного кровотока в исследуемых группах БА, ХОБЛ в сравнении с группой ИБС. У пациентов с ХОБЛ была наименьшая степень поражения коронарных артерий ЛЖ, за исклю-

чением бассейна RCA, где степень нарушения коронарного кровотока достоверно не отличалась от показателей других групп. При этом нарастание тяжести ХОБЛ было обратно пропорционально увеличению степени нарушения перфузии миокарда. В то же время было установлено, что выраженность нарушения перфузии миокарда у больных БАС и БАТ была близка к степени нарушения коронарного кровотока у пациентов с ИБС, а нарастание тяжести БА было прямо пропорционально увеличению степени нарушения перфузии миокарда. Выявленные обстоятельства убедительно свидетельствуют в пользу различных патогенетических основ формирования ИБС у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Блэк М.С., Барсуков А.В., Казанцев В.А., Харитонов М.А.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Актуальность: Сочетание патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а именно эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) характеризуется высокой общепопуляционной распространенностью, что диктует необходимость изучения патогенетических особенностей гипертензивного синдрома, факторов, способствующих прогрессированию АГ и влияющих на выбор адекватной и безопасной в отношении влияния на состояние бронхолегочного аппарата антигипертензивной терапии.

Цель исследования: определение корреляционных взаимосвязей между показателями структуры левого желудочка сердца (ЛЖ) и параметрами ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС), симпато-адреналовой (САС) систем у лиц с АГ в сочетании с ХОБЛ в зависимости от характера ремоделирования миокрда.

Материалы и методы: Обследован 41 пациент (средний возраст – 60,2±5,3 лет, 26 мужчин и 15 женщин) с эссенциальной АГ I–II ст. в сочетании с ХОБЛ II стадии в фазе ремиссии. Группа сравнения представлена 34 пациентами с АГ I–II ст., сопостави-

мых по гендерно-возрастным характеристикам с представителями основной группы (средний возраст 57,9 + 4,8 лет, 21 мужчин и 13 женщин) и не имеющих клинически значимой сопутствующей патологии. Обследование пациентов включало проведение эхокардиографии,исследование плазменных концентрацийальдостерона (АС), ангиотензина I (АТ-I),оценку уровня суточной экскреции катехоламинов (КА). Изучение структурных особенностей миокарда позволило выявить у пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ признаки концентрической гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). В зависимости от степени выраженности концентричности ГЛЖ (определялась по величине показателя относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ - 0,5 ед.) лица с АГ в сочетании с ХОБЛ были разделены на 2 подгруппы. Полученные данные обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0 для Windows, оценканаправления, силы и значимости корреляционной связи между изучаемыми лабораторно-инструментальными признаками осуществлялась непараметрическим корреляционным анализом Спирмена.

Результаты: С учетом исходного разделения обследуемых лиц по величине морфометрического параметра ОТС было показано, что для лиц с АГ в сочетании с ХОБЛ и высокой степенью концентричности ГЛЖ характерна значимая корреляционная взаимосвязь между индексом массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и суточными экскрециями адреналина (А) и норадреналина (НА) ($r=0.49$, $p<0,05$) и $r=0.73$, $p<0,001$ соответственно); толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) имела прямую статистически достоверную корреляционную взаимосвязь с уровнями экскреции КА (МЖП и А: $r=0.42$, $p<0,05$; МЖП и НА: $r=0.41$, $p<0,05$), толщина задней стенки (ЗС) ЛЖ имела существенную прямую корреляцию с уровнем экскреции НА ($r=0.44$, $p<0,05$). Пациенты с низкой степенью концентричности ГЛЖ продемонстрировали значимые корреляционные взаимосвязи между ОТС, ИММЛЖ, конечным диастолическим размером (КДР) ЛЖ и конечным систолическим размером (КСР) ЛЖ с одной стороны, и плазменными концентрациями АТ-I – с другой ($r=0.42$, $p<0,05$; $r=-0.51$, $p<0,01$; $r=0.45$, $p<0,05$; $r=0.51$, $p<0,01$ соответственно), КДР ЛЖ и плазменными концентрациями АС ($r=0.42$, $p<0,05$).

Заключение: Таким образом, у пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ согласно проведенному корреляционному анализу выяв-

лено преимущественное влияние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в процессе формирования низкой степени концентричности ГЛЖ и симпато-адреналовой системы в развитии высокой степени концентричности ГЛЖ.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Блэк М.С., Барсуков А.В.

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

Изучение параметров внутрисердечной гемодинамики и морфометрических характеристик левого желудочка у лиц с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) представляется весьма важным с точки зрения определения возможного вклада патологии гепатобилиарной системы в отношении риска развития сердечно-сосудистых осложнений, подбора рациональной кардиопротективной терапии данной категории пациентов, необходимости коррекции нарушений гепатобилиарной системы.

Цель исследования. Изучить показатели диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) II- III стадии в сочетании с НАСГ.

Материал и методы. Основная группа представлена 129 пациентами (74 мужчины и 55 женщин, средний возраст 58,3 ± 8,7 лет, индекс массы тела (ИМТ) – 30,9 ± 0,21 кг/м^2) с гипертонической болезнью II-III стадии в сочетании с НАСГ с низкой активностью, слабым/умеренным фиброзом. Группу сравнения составили 100 пациентов (62 мужчины и 38 женщин, средний возраст 56,5 ± 10,5 лет, ИМТ – 28,6 ± 0,30 кг/м^2) с гипертонической болезнью II-III стадии без клинически значимой сопутствующей патологии. Изучение структурно-функционального состояния миокарда проводилось с помощью ультразвукового аппарата «ACUSON, Sequola 512» (США).

Результаты. Оценка показателей трансмитрального кровотока показала, что величины показателя Ve/Va у лиц с АГ в сочетании с НАСГ и лиц с изолированной АГ имели существенные различия с меньшими значениями у лиц с сочетанной патологией (0,87$\pm$0,02

ед. и 0,94±0,02 ед. соответственно, p<0,05).Значения параметра времени изоволюметрического расслабления ЛЖ у лиц с АГ в сочетании с НАСГ и пациентов группы сравнения достоверно не отличались (0,14±0,01с и 0,13±0,01 с соответственно, p>0,05).

Заключение. Согласно полученным результатам исследования пациенты с эссенциальной умеренной АГ в сочетании с НАСГ низкой степени активности продемонстрировали большую выраженность нарушений скоростных характеристик трансмитрального кровотока (со стороны показателей Ve/Va), соответствующие т.н. классическому типу диастолической дисфункции ЛЖ, что позволяет характеризовать изученную патологию печени в качестве фактора возможного негативного прогностического влияния в отношении риска развития серьезных сердечно-сосудистых событий.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Губин В.Н.[1], Галомзик Н.С.[2], Заиченко В.М.[1], Кунаков Ю.И.[2], Жигулина А.И.[2]

Консультативно-диагностическая поликлиника ФКГУ «442 ВКГ» МО РФ[1], Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова[2], Санкт-Петербург

Контрактура Дюпюитрена является хроническим прогрессирующим и рецидивирующим дегенеративно-дистрофическим заболеванием соединительной ткани с преимущественным поражением ладонного апоневроза, относимое по классификации Всемирной организации здравоохранения к фиброматозам неясной этиологии. Заболевание подробно описано в 1831–1832 гг. французским хирургом Г. Дюпюитреном (G. Dupuytren) и названо его именем. Контрактура Дюпюитрена характеризуется: 1) нарушением способности свободно разгибать пальцы кисти в результате сморщивания ладонной фасции; 2) развитием тугоподвижности в суставах вовлеченных пальцев кистей при прогрессировании заболевания; 3) развитием анкилоза одного или двух пальцев на одной или обеих кистях при тяжелом течении; 4) болезненностью соединительнотканных узлов в толще ладонной фасции; 5) болевым синдромом, косметическим дискомфортом и/или нарушением функции кисти.

Цель исследования: оценка клинической эффективности гирудотерапии в комплексном лечении у больных с контрактурой

Дюпюитрена, в том числе при развитии осложнений (келоидное рубцевание, стойкие контрактуры) после оперативного лечения.

Материалы и методы: под наблюдением находились 34 больных, имеющих контрактуру Дюпюитрена II–III стадии (по отечественной классификации). Из них мужчин–25, женщин–9. Возраст больных от 48 до 67 лет. Правая кисть была поражена у 16 пациентов, левая – у 12 и обе – у 6 пациентов. Всем больным проводилась гирудотерапия по схеме: в первый месяц по 2 процедуры в неделю, со второго месяца по 1 процедуре в неделю и с третьего месяца по 1 процедуре в месяц на протяжении 12–24 месяцев. Приставка пиявок осуществлялась на ладонную поверхность кисти (при одностороннем поражении) или попеременно то на одной, то на другой ладонной поверхности кисти (при двустороннем поражении). В среднем на один курс лечения проводилось 24–36 процедур. Среднее количество пиявок на одну процедуру составляло 2–3 штуки, добиваясь максимального кровоизвлечения. После процедуры на постпиявочные раны накладывались стерильные салфетки, что обеспечивало хороший асептический, косметический и функциональный эффекты. В интервалах между сеансами гирудотерапии проводились физиотерапевтические процедуры (ультрафонофорез с гидрокортизоном, лидазой, ферменколом, магнитотерапия), ЛФК, местно – компрессы с 50% раствором димексида.

Полученные результаты: в результате лечения у всех больных отмечена положительная клиническая динамика заболевания: отмечалось размягчение и исчезновение фиброзных узлов, исчезновение плотных узелков, спаянных с кожей, восстановление функций пальцев кисти: у 25 больных (74%) функция IV–V пальцев восстановлена полностью, у 9 больных (26%) частично.

Гирудотерапия хорошо переносилась больными, побочных эффектов и реакций, снижения трудоспособности больных во время лечения не отмечалось.

Выводы: использование гирудотерапии как средства комплексного воздействия на большинство патогенетических механизмов возникновения и развития контрактуры Дюпюитрена, может служить как самостоятельным методом лечения у данной категории больных, так и при комплексной терапии у больных после перенесенного оперативного лечения с целью ранней реабилитации и улучшения функции пальцев.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНУЮ ПНЕВМОНИЮ

Харитонов М.А., Иванов В.В., Кицышин В.П., Шуленин К.С., Николаев А.В.

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

Цель исследования: Изучить состояние сердечно-сосудистой системы и особенности её нейро-вегетативной регуляции у больных с тяжелой вирусно-бактериальной пневмонией.

Методы исследования: В период с октября 2013 по май 2015 гг. было обследовано 39 военнослужащих, страдающих внебольничной пневмонией тяжелого течения, проходивших стационарное лечение в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и "442 военного клинического госпиталя". В исследование включались только лица мужского пола в возрасте 18 и 25 лет, проживающие в условиях организованных коллективов (казарма), без сопутствующих хронических заболеваний.

Результаты: С помощью с аппарата «Валента НВО NEO» (Россия) нами проводилось изучение вегетативной регуляции и вариабельности сердечного ритма (ВСР) на фоне клиноортостатической пробы у пациентов с пневмонией тяжелого течения (ТВП) и у здоровых лиц в качестве контрольной группы. Пациентам контрольной группы клиноортостатическая проба выполнялась в такой же последовательности, как и больным с тяжелой ВП. Анализ ВСР у обследуемых больных с ТВП в динамике течения заболевания показал существенные изменения основных показателей мощности его спектра и вариабельности: LF, HF, VLF, LF/HF, а также вариационного размаха и математического ожидания (RRNN). В первую очередь, мы отметили статистически значимое повышение при сравнении с контрольной группой такого важного показателя спектра ВСР, как медленные волны первого порядка LF, характеризующие состояние симпатических центров продолговатого мозга.

Установленная нами избыточная активация симпатических центров продолговатого мозга у пациентов с тяжелой ВП отмечалась на протяжении всего периода стационарного лечения с достижением максимальных значений на этапе реконвалесценции. При ТВП после возвращения пациента в горизонтальное положение амплитуда низкочастотных волн LF в 2 раза увеличивалась, что

свидетельствовало о компенсаторной и замедленной (запоздалой) на фоне ТВП активации симпатических центров продолговатого мозга, обеспечивающих кардиостимулирующие и вазоконстрикторные эффекты.

Высокочастотные волны HF, характеризующие парасимпатическую регуляцию гемодинамики по амплитуде до пробы не выходили за пределы референсных значений, но превышали показатели контрольной группы на всех этапах наблюдения за больными ТВП. Закономерным фактом при ТВП на фоне описанных изменений спектра мощности волн низкой и высокой частоты являлось значимое (в несколько раз) повышение коэффициента вагосимпатического баланса (LF/HF) на всем протяжении болезни, свидетельствующее о выраженной активации преимущественно симпатического отдела нервной системы при ТВП.

Выводы: Изучение показателей ВСР в динамике развития заболевания позволило нам получить определенные критерии истощения и последующего восстановления ключевых систем регуляции гемодинамики в организме больных ТВП. Последующая детальная разработка таких критериев позволит определять индивидуальные резервы пациента и необходимую длительность реабилитационно-восстановительного периода.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Сардинов Р.Т., Самойлов А.О.

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

Термин «микробиом» был впервые внедрен в 2001 г. для обозначения коллективных геномов микробиоты. В 2012 г. были опубликованы первые результаты исследования, показавшие, что бактериальных генов в человеке в 360 раз больше, чем собственно человеческих. Было введено понятие «суперорганизм», под которым понимается сообщество человека и населяющих его микроорганизмов, причем доля собственно человеческих клеток в нем составляет всего лишь 10%, а 90% принадлежат бактериям. За последние годы получен огромный объем информации, однако вопрос о том, как индивидуальные вариации типов бактерий влияют на возможное развитие болезней, пока остается открытым. Изменение нормальной микробиоты кишечника рассматривается

как одна из причин ожирения. Изменение нормальной микробиоты кишечника рассматривается как одна из причин ожирения.

Цель исследования. Изучить состав микрофлоры кишечника у пациентов морбидным ожирением.

Материалы и методы. Проведено комплексное исследование микрофлоры кишечника у 22 пациентов, страдающих ожирением. Из них 18 женщин и 4 мужчин. Оценивалась концентрация и соотношение облигатных (рода Bifidumbacterii, Lactobacillicus, Escherichia, Bacteroides, Peptostreptococcus, Enterococcus) и условно-патогенных микроорганизмов (рода Proteus, Citrobacter, Enterobacter, Serracia, Klebsiella, Peptostreptococcus, Clostridium, Fusobacterium, Staphylococcus, Candida).

Результаты. После анализа результатов исследования было выявлено, что показатели условно-патогенной микрофлоры находятся в пределах нормы. Среди облигатной микрофлоры установлено общее незначительное снижение уровня Lactobacillicus. Также отмечено, что 68% исследуемых (15 человек) в ~1,4-1,9 раза снижено содержание микроорганизмов рода Bacteroides (105 KOE/г; N=107-1011 KOE/г); у 23% значения Bacteroides находятся на нижней границе нормы (107 KOE/г).

Выводы: таким образом, полученные данные о снижении содержания микроорганизмов рода Bacteroides соответствуют тенденции исследовательских работ зарубежных авторов и подтверждают гипотезу о том, что ожирение зависит от состава микробиоты кишечника. Lactobacillus воздействуют на накопление липидов за счет активации ингибитора циркулирующей липопротеинлипазы и ангиопоэтин-подобного белка 4 (ANGPTL4), контролирующего отложение триглицеридов в адипоцитах. Дальнейшие изучения и работы в данном направлении создают возможность новых методов регуляции динамики.

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Иванов В.В., Салухов В.В., Харитонов М.А., Данцев В.В., Бутенко А.В.

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

Цель исследования: Изучить показатели общего анализа крови и С-реактивного белка у лиц молодого возраста в зависимости от

выявленного инфекционного агента на разных сроках лечения.

Методы исследования: В период с октября 2013 по май 2016 гг. было обследовано 39 военнослужащих с помощью стандартных методов лабораторной диагностики (общеклинический анализ крови с лейкоцитарной формулой и острофазовый показатель (С-реактивный белок)), у заболевших внебольничной пневмонией тяжелого течения (ТВП), проходивших стационарное лечение в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и 422-ом окружном военном клиническом госпитале. В исследование включались только лица мужского пола в возрасте 18-25 лет, проживающие в условиях организованных коллективов (казарменном помещении), без сопутствующих хронических заболеваний.

Благодаря полученным результатам этиологической расшифровки, мы смогли разделить пациентов с тяжелой ВП в зависимости от этиологии. Таким образом рандомизация пациентов произошла следующим образом, в группу с вирусно-бактериальной пневмонией (ВБП) - 31 (человек) и, соответственно 8 (человек) вошло в группу с бактериальной пневмонией (БП). Следует отметить, что обязательный диагностический алгоритм был выполнен в полном объеме всем больным. Благодаря применению современных методов математического анализа, мы получили статистически значимые результаты, что позволило нам выполнить поставленные задачи.

Результаты: Анализ полученных результатов общего анализа крови у больных с тяжелой ВП показал существенные различия некоторых показателей больных ВБП и БП. Так у больных БП наблюдался классический лейкоцитоз при поступлении и на 6 сутки лечения ($15,8\pm5,8x10^9$ и $10,4\pm3,6x10^9$), а в группе ВБП уровень лейкоцитов был в пределах нормы ($8,1\pm5,2x10^9$ и $6,1\pm2,5x10^9$ соответственно). Такие же различия были выявлены со стороны палочкоядерных нейтрофилов: в группе ВБП при поступлении и на 6 день госпитализации их уровень составил $2,2\pm1,2\%$ и $2,5\pm0,9\%$ соответственно, а в группе БП - $8,2\pm3,6\%$ и $4,6\pm1,0\%$. Лимфоцитоз наблюдался при выявленной вирусной инфекции при поступлении на 6 сутки: $28,6\pm6,3\%$, $25,3\pm5,4\%$, а у больных БП: $13,2\pm4,8\%$, $14,2\pm5,6\%$ соответственно. Уровень СОЭ составил на вышеприведенных сроках госпитализации в группе ВБП: $23,5\pm2,1$мм/ч, $20,0\pm6,6$мм/ч, а в группе БП: $18,1\pm6,4$мм/ч, $17,9\pm1,8$мм/ч.

Полученные результаты свидетельствуют о повышении остро-

фазовых показателей в группе ТВП с доказанной вирусной этиологией. Уровень СРБ у больных при поступлении и на 6 сутки стационарного лечения был существенно выше в группе ВБП (50,4±15,7 мг/л и 26,5±7,8 мг/л), чем в группе БП (33,5±11,3 мг/л и 15,5±6,2 мг/л).

Выводы: Анализируя результаты этиологической диагностики и лабораторной картины, мы получили данные, свидетельствующие о влияние вирусных агентов на тяжесть течения воспалительного процесса в легочной ткани, что диктует необходимость разработки особых подходов к этиопатогенетической терапии данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РАБДОМИОЛИЗОМ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Рудаков Ю.В., Шелухин В.А., Кан Е.А., Жанжаров К.В., Попов С.И., Минаков А.А.

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

Цель исследования: изучить особенности поражения почек у пациентов с рабдомиолизом различного происхождения находящихся на лечении в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 33 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение с рабдомиолизом (РМ) различного происхождения в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и отделении реанимации и интенсивной терапии № 3 (токсикологическая реанимация) ГБУ НИИ Скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в 2013-2015 гг.. Диагноз РМ устанавливался по совокупности клинико-лабораторных данных с обязательным исследованием уровня миоглобина в крови. Развитие и тяжесть острого повреждения почек (ОПП) оценивали в соответствии с практическими клиническими рекомендациями KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), 2012 года. Всем пациентам проведен расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD–EPI и «базальных» значений сывороточной концентрации креатинина (Scr), в зависимости от пола и возраста по таблице должных исходных величин Scr (Bouman C. и соавт., 2002). Для диагностики ОПП ис-

пользовали два основных критерия: почасовой диурез и динамику креатининемии за 48 часов. Динамику креатининемии оценивали двумя способами: в первые сутки госпитализации – расчетным методом (прирост креатинина сыворотки к его «базальному» уровню, соответствующему СКФ 75 мл/мин на 1,73 м2), а по истечении 48 часов – по приросту креатинина в сыворотке крови за первые двое суток наблюдения. Все пациенты были мужчины молодого и среднего возраста от 18 до 54 лет, в среднем - 34,4±1,5 лет.

Полученные результаты: специфический симптом – темно-коричневый цвет мочи отмечался у 62% пациентов, протеинурия – у 33% и эритроцитурия – у 9% больных. Средний исходный уровень протеинурии и эритроцитурии составил 0,7±0,3 г/л и 0,8±0,6 единиц в поле зрения, соответственно, достигал максимума на 3-и сутки с последующим снижением на 15-е сутки госпитализации. Средний объем выделяемой мочи у пациентов за первые сутки от момента госпитализации составил 1166,7±402,6 мл/сут. При этом олигурия отмечалась всего у 40% пациентов, что свидетельствовало о низкой информативности уровня диуреза для диагностики и стратификации тяжести ОПП. Рассчитанное у всех пациентов среднее «базальное» значение Scr составило - 105,4±0,8 мкмоль/л. Средний исходный уровень Scr был - 407,8±53,7 мкмоль/л, соответственно разница между средним «базальным» и исходным уровнем Scr составила – 302 мкмоль/л, т.е. исходный уровень Scr был в 3 раза выше «базального». Причем разница ≥ 26,5 мкмоль/л выявлялась в 100% случаев, что соответствовало диагнозу ОПП по критериям KDIGO. ОПП 1 и 2 стадии диагностировалось в 15% и 6% случаев, 3 стадии – в 79% случаев.

Выводы: ОПП – основной синдром, характеризующий поражение почек у пациентов с рабдомиолизом различного происхождения находящихся на лечении в многопрофильном стационаре. При этом наиболее специфичный симптом - темно-коричневый цвет мочи - определяется в 62% случаев, что может быть использовано в алгоритме ранней диагностики.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Коровкина Е.В., Ахмадуллина Г.И.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Ижевск

Цель исследования: изучение особенностей психоэмоционального состояния и качества жизни у больных с гипотиреозом.

Материалы и методы: обследовано 27 больных (26 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 36 до 76 лет (средний возраст 58,6±12,7), проходивших обследование и лечение в эндокринологическом отделении Республиканской больницы Удмуртии с сентября 2015 г. по февраль 2017 г. с диагнозом первичный гипотиреоз (ПГ): с хроническим аутоиммунным тиреодитом – 15 человек (55,6%), с послеоперационным гипотиреозом – 12пациентов (44,4%). Давность заболевания менее 5 лет была у 11 пациентов (40,7%) и более 5 лет - у 16 человек (59,3%).В стадии компенсации ПГ были 14 чел. (73,7%) (ТТГ=1,85±1,28мкМЕ/мл), декомпенсации – 4 (21%) (ТТГ=5,25±1,74мкМЕ/мл), один пациент обследован в стадии медикаментозного тиреотоксикоза (ТТГ=0,079мкМЕ/мл). Исследование психологического статуса проводилось с помощью опросника Басса-Дарки, шкалы тревоги Спилберга, шкалы депрессии; качества жизни (КЖ) – опросника SF-36.

Полученные результаты. У пациентов с давностью заболевания менее 5 лет у 6 человек (54,5%) была выявлена умеренная как ситуационная (СТ), так и личностная тревожность(ЛТ), у 5 (45,5%) - высокая СТ и ЛТ. У 9 (56,2%) пациентов с давностью ПГ более 5 лет выявлена умеренная СТ, у 5 (31,2%) - высокая; 3 человека с умеренной ЛТ (18,7%), 12 пациентов – с высокой тревожностью (75%). По результатам шкалы депрессии у пациентов с давностью ПГ менее 5 лет без депрессии было 5 человек (45,4%); легкая депрессия ситуативного или невротического генеза выявлена у 6 пациентов (54,6%). У пациентов с давностью ПГ более 5 лет без депрессии было 7 человек (43,7%),с легкой депрессией – 9 (56,3%). По результатам опросника Басса-Дарки у пациентов с длительностью гипотиреоза менее 5 лет показатели агрессивности и уровня агрессивной мотивации (УАМ) находились в пределах нормы, показатель враждебности превышен у 3 (27,3%). При стаже заболевания более 5 лет показатели агрессивности и УАМ также были в

пределах нормы, индекс враждебности был превышен у 3 человек (18,7%). Из 11 больных ПГ с анамнезом менее 5 лет у 6 человек (54,5%) имел место потенциал агрессии (УАМ > агрессивности) и у 4 человек (36,4%) – подавление личности (УАМ < агрессивности). Из 16 больных ПГ, длившемся более 5 лет, выявлено 5 человек (31,2 %) с потенциалом агрессии и 4 (25 %) с подавлением личности. По данным опросника SF-36 качество жизни было снижено у всех пациентов с гипотиреозом независимо от длительности заболевания. Более низкие показатели были получены по шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) (36,36±37,7 и 48,44±41,3, соответственно давности ПГ). У больных с декомпенсированным течением ПГ показатели физического функционирования оказались ниже, чем у пациентов с нормальным уровнем ТТГ (33,75±24,62 и 61,43±21,61 соответственно, $p<0,05$).

Выводы: Для пациентов с первичным гипотиреозом характерны различные нарушения психоэмоционального состояния. Так, у трети пациентов выявлен высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, при увеличении давности заболевания увеличивается количество больных с высокой ЛТ. Половина пациентов с ПГ независимо от длительности заболевания страдали легкой депрессией ситуативного или невротического генеза. Уровень агрессивности и враждебности в большинстве случаев был в норме. Независимо от давности заболевания качество жизни было снижено по всем шкалам опросника SF-36 и зависело от компенсации гипотиреоза.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГИПОФИЗ-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Рубцов Ю.Е., Халимов Ю.Ш., Гайдук С.В., Орлов Ю.В.

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

Материалы и методы. Использованы данные анализа 70 историй болезни больных, лечившихся в клиниках терапевтического профиля ВМедА по поводу ВП. Больные были разделены на 2 группы по 35 человек в каждой: 1-я группа – лица с ВП тяжелого течения в возрасте старше 27 лет, 2-я группа –лица с ВП тяжелого течения в возрасте до 27 лет включительно.

Результаты.При сравнении показателей функционального состояния щитовидной железы при поступлении в стационар у лиц с ВП различного возраста установлено, что средний уровень свободного трийодтиронина у больных 2 группы составлял 2,21±0,69 пг/мл и был достоверно ниже (на 29 %), чем у больных 1 группы. Средний уровень тиреотропного гормона у больных 2 группы составил 2,11±0,23МкМЕ/мл и был достоверно выше (на 31%), чем у больных 1 группы. Уровень свободного тироксина у больных изучаемых групп достоверно не отличался.

На 10-14 сутки лечения в стационаре на фоне стабилизации состояния больного, купирования дыхательной недостаточности, лейкоцитоза, нормализации биохимических показателей наблюдалась нормализация уровней свободного трийодтиронина и тиреотропного гормона, которые достоверно не отличались в изучаемых группах.

Проведенный корреляционный анализ в группе пациентов с ВП тяжелого течения показал наличие тесных взаимосвязей уровня тиреоидных гормонов с клинико-лабораторными данными, отражающими тяжесть патологического процесса. Выявлена отрицательная взаимосвязь уровня свободного трийодтиронина с баллами тяжести по шкалам оценки тяжести ВП: SMRT-CO ($R=-0,62$; $p<0,05$) и SCAP ($R=-0,58$; $p<0,05$), с продолжительностью лечения в стационаре ($R= -0,53$; $p<0,05$), а также положительная корреляция уровня свободного трийодтиронина с наличием артериальной гипотензии ($R=0,52$; $p<0,05$).

Выводы. Внебольничная пневмония тяжелого течения у лиц молодого возраста характеризуется транзиторным снижением уровня свободного трийодтиронина, наиболее выраженным у лиц молодого возраста, а также корреляцией уровня трийодтиронина с артериальной гипотензией, ростом количества баллов по шкалам оценки тяжести ВП SMART-COP, SCAP и сроками госпитализации.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Рубцов Ю.Е., Халимов Ю.Ш., Киреева Е.Б., Орлов Ю.В., Прохоров А.В.

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

Материалы и методы. Объектом ретроспективного анализа стали 150 историй болезни военнослужащих молодого возраста, ле-

чившихся в ВМО МО РФ по поводу внебольничной пневмонии тяжелого течения (ВП). Все обследуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа – лица с ВП тяжелого течения в возрасте старше 28 лет, 2-я – военнослужащие по призыву с ВП тяжелого течения в возрасте до 28 лет включительно.

Результаты. У военнослужащих молодого возраста с ВП тяжелого течения: наиболее частыми этиологическими агентами определялись стрептококковая инфекция – у 28 % больных, микоплазменная и хламидийная инфекция – у 28% и вирусная инфекция - у 22% больных, из них наличие аденовирусной инфекции – более чем у 20% больных. У половины больных определить возбудителя не удалось.

У военнослужащих с ВП тяжелого течения старше 28 лет наиболее частым возбудителем являлась «атипичная» флора (микоплазменная и хламидийная инфекция) – 36% случаев, следующая по частоте – стрептококковая инфекция – у 25% больных, затем вирусная инфекция – 10 % случаев. У половины всех больных этой группы определить возбудителя не удалось.

Выводы. Этиологическая структура внебольничной пневмонии тяжелого течения отличается в различных возрастных группах. Она характеризуется более частой встречаемостью у военнослужащих молодого возраста микст-инфекции – стрептококк и аденовирус, а у военнослужащих старше 28 лет с внебольничной пневмонией тяжелого течения – атипичных возбудителей в различных сочетаниях.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАБОТАЮЩИХ НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ КОРРЕКЦИЯ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Киреева Е.Б., Гуськов А.С., Рубцов Ю.Е., Мартыненко К.Е.

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

Обзор. Остеопороз – хроническое прогрессирующее системное заболевание скелета или клинический синдром, проявляющийся при других заболеваниях, характеризующееся снижением плотности и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящие к увеличению её хрупкости и риску переломов. Первичной причиной остеопороза является наличие факторов риска, которые приводят к снижением плотности и нарушением микроархитекто-

ники костной ткани, такие как работа и проживание в неблагоприятных климатических условиях, недостаток витамина D3 и кальция, а также несвоевременная диагностика снижения минеральной плотности кости. Военнослужащие, работающие на объектах хранения и уничтожения химического оружия, имеют непосредственный контакт с химическим агентом, который увеличивает костную резорбцию, к тому же все объекты хранения и уничтожения химического оружия находятся в зоне неблагоприятных климатических условиях, что является дополнительным фактором риска снижения минеральной плотности костной ткани, и возникновения остеопороза. Современным золотым стандартом выявления снижения минеральной плотности кости является двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA). Метод позволяет количественно оценить плотность костной ткани, при этом возможно диагностировать потерю даже 2-5% костной массы.

Цель. Раннее выявление факторов риска для развития остеопороза у военнослужащих, работающих на объектах хранения и уничтожения химического оружия.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было отобрано и обследовано 119 пациентов, находящиеся на обследовании и лечении в клинике ВПТ. Из них были сформированы три группы: первая – 40 пациентов, военнослужащие по контракту, работающие на объектах хранения и уничтожения химического оружия, поступивших для обследования с последующим представлением на ВВК для определения годности к военной службе и к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию; вторая – 41 пациентов, военнослужащие по контракту, работающие на объектах хранения и уничтожения химического оружия, принимающие препараты кальция и витамина Д3, поступивших для обследования с последующим представлением на ВВК для определения годности к военной службе и к службе с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию. Также была сформирована контрольная группа – 38 пациентов, военнослужащие не имеющие профессиональные вредности в анамнезе. Всем пациентам выполнено обследование: DXA и лабораторные методы исследования включали: показатели, характеризующие костное формирование и резорбцию, витамин D3. Исследования проводились в 2 этапа: при поступлении в клинику ВПТ и через 24 месяца.

Результаты. В группе, где были назначены препараты кальция и витамина D3, достоверно снизились показатели костной резорбции и увеличился уровень витамина на 11,94%.

Выводы. Применение препаратов кальция и витамина D3 при остеопении в течение 24 месяцев приводит к достоверной стабилизации костного формирования и резорбции, а также достоверно способствуют снижению активности щелочной фосфатазы, и повышение активности витамина D3, что уменьшению факторов риска для формирования остеопороза.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА МЕТОДАМИ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Салухов В.В., Вологжанин Д.А., Васильев Е.В., Ильинский Н.С., Слесарева Е.Г.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Введение. В 2015 году международной группой ученых в рамках II Саммита по хирургии диабета (2nd Diabetes Surgery Summit, DSS-II) были расширены показания для бариатрических оперативных вмешательств (БОВ) как первичного метода лечения СД2 у пациентов с ожирением любой степени в случае неадекватного контроля гликемии медикаментозными препаратами. В тоже время, рядом авторов подчеркивается необходимость изучения отдаленных результатов БОВ в связи с недостаточным количеством таких исследований.

Цель исследования. Оценить изменения показателей углеводного обмена у пациентов с ожирением спустя 4-8 лет после выполнения БОВ.

Материалы и методы. До выполнения БОВ нарушения углеводного обмена были диагностированы у 27 чел. (из 50 чел. в изучаемой группе), средний возраст 45,31±9,76 лет, 19 женщин. Сопутствующий сахарный диабет 2 типа (СД2) имели 14 пациентов (51,85 %), нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ) 13 пациентов (48,15 %). Целевые значения HbA1c были зарегистрированы у 13 пациентов (48,15 %), в то время как оставшихся 14 человек (51,85 %) следует отнести к пациентам с неудовлетворительным контролем гликемии. В среднем длительность течения СД2 составила 7,5 лет, длительность НТГ 4,6 лет. Средний уровень глюкозы во время предоперационного обследования у этих пациентов со-

ставил 8,85±4,12 ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) – 7,59±2,34 %, С-пептида 3,48±1,57 нг/мл, средний индекс HOMA 5,13±4,13. Гипогликемическую терапию получали 22 человека (81,48 %). Только пероральные гипогликемические препараты получали 15 пациентов (55,5 %), инсулинотерапию получали 7 (25,92 %) пациентов.

Результаты. На момент повторного осмотра критериям ремиссии СД2 соответствовали 22 человека (81,48 %). Рецидив СД2 имелся у 5 человек (18,52 %), причем уровень HbA1c находился в пределах целевых значений у 3 (11,11 %) из них, так как они получали пероральные гипогликемические препараты. Другие 2 пациентов (7,4 %) с неудовлетворительным контролем гликемии не знали о развившемся рецидиве, так как считали себя излеченными от СД2 и не контролировали показатели углеводного обмена. Из 5 пациентов, у которых отмечен рецидив СД2, 4 выполнялась лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛРБЖ) и 1 лапароскопическое желудочное шунтирование (ЛЖШ). Средний уровень глюкозы при повторном обследования у пациентов с изначальными нарушениями углеводного обмена составил 5,48±0,62 ммоль/л, HbA1c – 5,97±0,43 %. С помощью применения критерия знаков были выявлены статистически значимые (p=0,011) различия между исходным (8,10±2,41 %) и контрольным (5,99±0,44 %) содержанием HbA1c в крови у пациентов с нарушениями углеводного обмена в анамнезе. Также выявлено, что показатель HbA1c при контрольном исследовании имел прямую умеренной силы статистически значимую корреляционную связь с исходными уровнями HbA1c (rs=0,498, p<0,05), глюкозы (rs=0,401, p<0,05), С-пептида (rs=0,332, p<0,05), отрицательную заметной силы корреляционную связь со средней разницей МТ (rs= - 0,562, p<0,05), отрицательную умеренной силы корреляционную связь со средней разницей ИМТ (rs= - 0,451, p<0,05).

Выводы. Полученные результаты доказывают высокую эффективность БОВ в отношении нормализации показателей углеводного обмена и лечении СД2, отмечена прямая зависимость степени снижения HbA1c от вида БОВ. Наиболее выраженное снижение HbA1c отмечалось среди пациентов, которым выполнялось ЛЖШ, а также у пациентов с исходно более высокими значениями HbA1c (более 8%). В группе ЛРБЖ содержание HbA1c практически не менялось.

ОЦЕНКА ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-МУЖЧИН В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ПОЯСОВ

Сердюков Д.Ю., Панова М.А., Игнатов О.Г., Перминов Д.Г., Козеродова К.С., Корнеев С.В, Тесленко А.А.

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

Цель исследования. Оценить параметры обмена холестерина и его фракций у военнослужащих-мужчин, проходящих военную службу в Западном военном округе и Арктике.

Материал и методы. В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМА), а также в местах постоянного базирования воинских частей Арктического региона проведено углубленное медицинское обследование 530 мужчин в возрасте 38,7±5,5 лет. По результатам медобследования и ультразвуковой оценки комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий были сформированы 2 основные группы: I – 257 мужчин, проходящих воинскую службу в условиях умеренного климата 39,6±6,3 лет; II группа – 273 человека из частей Арктического региона (средний срок пребывания в регионе 9,3 лет 37,8±4,7). Каждая группа подразделялась на подгруппы А – без признаков каротидного атеросклероза, В – с атеросклерозом (ТИМ >0,8 мм). Всем обследуемым выполнялся стандартный оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с определением значения глюкозы натощак, через 1 и 2 часа ОГТТ.

Результаты. Уровень тощаковой глюкозы в IA группе составил 5,3±0,6 ммоль/л, IB – 5,6±0,6 ммоль/л (достоверность внутригруппового различия p>0,05); IIA группа – 5,2±0,7 ммоль/л, IIB – 5,6±0,6 (внутригрупповое p=0,022) без межгруппового различия при сравнении подгрупп IA с IIA и IB с IIB (p>0,05). Постпрандиальная 1-часовая гликемия: IA – 8,7±2,2 ммоль/л, IB – 9,2±1,9 ммоль/л (без внутригруппового различия p>0,05); IIA группа – 7,4±2,0 ммоль/л, IIB – 8,5±2,6 (без внутригруппового различия p>0,05); при попарном сравнении были выявлены достоверные различия между IA и IIA подгруппами (p<0,01). Уровень глюкозы через 2 часа ОГТТ находился в пределах: IA – 5,9±1,7 ммоль/л, IB – 6,3±1,8 ммоль/л (без внутригруппового различия p>0,05); IIA группа – 5,9±1,2 ммоль/л, IIB – 6,2±1,4 (без внутригруппового различия p>0,05); при попарном сравнении достоверных различий между подгруп-

пами не обнаружено ($p>0,05$).

Выводы: при наличии субклинического каротидного атеросклероза у мужчин имеется тенденция к повышению ранней постпрандиальной гликемии, более выраженная в условиях умеренного климата, что может быть обусловлено иным соотношением нутриентов в пищевом рационе.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОТДЕЛЬНО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ХОБЛ И ИБС

Буркова Ю.С., Харитонов М.А.

Военно-Медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить выраженность нарушений липидного спектра крови у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (бронхиальная астма и ХОБЛ) в сравнении с липидограммой пациентов с ИБС без сопутствующей бронхолегочной патологии.

Материалы и методы: всего было обследовано 64 больных пожилого возраста, страдающих бронхиальной астмой (34 пациента БА) и ХОБЛ (30 пациентов). Группу сравнения составили 23 пациентов, страдающих ИБС. Все больные были разделены на пять групп: 1- группа – 20 больных бронхиальной астмой средней тяжести (БАС), 2-я – 14 человек БА тяжелого течения (БАТ), 3-я –18 больных (ХОБЛ III степени), 4-я –12 пациентов (ХОБЛ IV степени), 5-я – 23 больных ИБС. Для оценки состояния липидного спектра крови всем больным проводился забор крови на расширенный липидный спектр: общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПНП, ЛПВП, коэффициент атерогенности (КА).

Результаты: при сравнительном анализе результатов липидного спектра крови у пациентов БА и ХОБЛ нами были выявлены следующие закономерности: значения общего холестерина крови были достоверно выше ($p<0,05$) у пациентов БА и были сопоставимы с показателями ОХ у пациентов с ИБС, показатели триглицеридов крови и ХС ЛПВП в исследуемых группах больных ХОЗЛ достоверно не различались ($p<0,05$), значения ХС ЛПНП у пациентов БА были несколько выше, чем у больных ХОБЛ, КА имел более высокие значения у обследуемых больных БА, в отличие от

пациентов ХОБЛ.

Выводы: при сравнительном анализе результатов липидного спектра крови у пациентов БА и ХОБЛ нами были выявлены следующие закономерности: значения общего холестерина крови, значения ХС ЛПНП и КА были достоверно выше у пациентов БА, чем у больных ХОБЛ и были сопоставимы с показателями группы ИБС, показатели триглицеридов крови и ХС ЛПВП в исследуемых группах больных ХОЗЛ достоверно не различались.

Таким образом, сходные нарушение липидного обмена были характерны преимущественно для больных бронхиальной астмой (среднетяжелого и тяжелого течения) и ИБС. Мы предполагаем, что отсутствие отклонений в показателях липидного спектра у больных ХОБЛ связано с особым патогенезом заболевания, изменяющим закономерные метаболические процессы в организме в условиях гипоксии, гиперкапнии и респираторного ацидоза, наблюдаемого при тяжелой дыхательной недостаточности.

ОЦЕНКА НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСТЕНТОВЫМИ КОРОНАРНЫМИ РЕСТЕНОЗАМИ

Кадин С.В., Артемьев С.А

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: Оценить структуру наджелудочковой и желудочковой эктопической активности у пациентов, подвергшихся операции чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) и стентирования с развившимися поздними коронарными внутристентовыми рестенозами, как фактор возможного развития прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма.

Материал и методы: В рамках проведенной работы обследовано 30 человек. Все пациенты, включенные в исследование, в 2013 и 2014 году находились на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУ № 40 г. Сестрорецк по поводу повторного острого коронарного синдрома, каждому была выполнена повторно коронароангиография. В основную группу обследуемых лиц включены пациенты с рестенозами стентов спустя 6-24 месяцев от предшествующей ЧТКА и стентирования. Все больные были разделены на 2 группы: 1 – с рестенозами стентов, 2 - без рестеноза стентов.

Всем пациентам проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением артериального давления, частоты сердечных сокращений, инструментальное обследование (ЭКГ покоя в 12 отведениях, 24-часовое суточное мониторирование с использованием системы «Кардиотехника», ИНКАРД, Санкт – Петербург, анализ проводился с помощью программы KTResult 3 версия 3.226).

Результаты: Нормальные значения циркадного индекса больше были представлены в группе 2 – 62% (n=10), в группе 1 составила – 26% (n=4), значение p = 0,02. Ригидный циркадный индекс больше оказался представлен в группе 1 - 68% (n=11), в группе 2 составила - 26 % (n=4), значение p = 0,019. Высокий циркадный индекс был одинаково представлен в обеих группах - 6% (n=1), значение p = 0,5 (достоверными считали различия при p<0,05). В группе 1 выявлен больший процент желудочковых нарушений ритма: I градация - 93% (n=14), группе 2 - 84% (n=11),значение p = 0,164; в 1 группе II градации - 6% (n= 1), в группе 2 – 0; в 1 группе III и IV градации - 58% (n=8), в группе 2 - 37% (n=6), значение p = 0,35; в 1 группеV градации - 13% (n=2), в группе 2 - 6,5% (n=1). Удлинение интервала QT свыше 450 мсек выявлено чаще в группе 1 - 63% (n=10), в сравнении с группой 2 - 13% (n=2); значение p = 0,039.

Выводы: 1. У пациентов с поздними внутристентовыми коронарными рестенозами отмечается достоверное снижение вариабельности сердечного ритма, что служит функциональным признаком патологического функционального ремоделирования миокарда. 2. Имеется тенденция к увеличению желудочковой эктопической активности в группе пациентов с рестенозами. 3 У пациентов с коронарными рестенозами наблюдается значимое удлинение интервала Q-T, что обусловливает высокий риск развития фатальных аритмий.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСТЕНТОВЫМ РЕСТЕНОЗОМ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Кадин С.В., Аглиуллин А.Ф.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить структурные и функциональные характеристики миокарда у больных ишемической болезнью серд-

ца с развившимися поздними внутристентовыми рестенозами коронарных артерий после выполнения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы исследования: На базе СПб ГБУЗ Городской больницы № 40 было обследовано 76 лиц мужского и женского пола в возрасте 56,5±10,8 лет. Было сформировано 3 группы: I – 29 лиц мужского и женского пола, которым провели стентирование коронарных артерий, II – 20 мужского и женского пола, у которых спустя непродолжительное время после стентирования, вновь возникли боли за грудиной стенокардитического характера, в последствии потребовавшей повторного проведения коронарографии и доказанным фактом рестеноза внутри стента (РВС); III группу (контроль) составили 27 лиц мужского и женского пола без кардиоваскулярных заболеваний.Данные группы пациентов были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, сопутствующим заболеваниям. У обследуемых анализировались стандартные эхокардиографические показатели, характеризующие толщину стенок сердца, размеры и объем полостей, массу миокарда левого желудочка.

Результаты: У пациентов с КРЛЖ были более высокими значения толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), по сравнению с теми же показателями у лиц с экцентрической гипертрофией левого желудочка (ЭГЛЖ). У пациентов с КРЛЖ также была увеличена относительная толщина стенки ЛЖ. Статистически значимое ($p<0,05$) различие в группах наблюдалось при оценке массы миокарда левого желудочка. Так, в группе I у 70% лиц был перенесен инфаркт миокарда в анамнезе, что явилось одним из факторов развития ремоделирования. При анализе остальных показателей (КДР, КСР, ТМЖП, ТЗСЛЖ, ОТСЛЖ) также отмечается прирост данных показателей в группе I, по отношению к группе II. В группе стентированных пациентов превалировали пациенты с КГЛЖ. В группе контроля КР встречалось с такой же частотой, что и в группе стентированных пациентов.

Выводы: Таким образом, установлено, что у пациентов с концентрическим ремоделированием сердца и после постановки коронарных стентов достоверно чаще развивается рестеноз внутри стента. По-видимому, определенная геометрия миокарда может свидетельствовать о повышенной пролиферативной активности не только кардиомиоцитов, но и гладкомышечных клеток сосуди-

стой стенки и быть предиктором развития рестеноза, что требует дальнейшего совершенствования методики чрескожного коронарного вмешательства и разработки качественно новых стентов с лекарственным покрытием.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Оракова Ф.Х.

Военно-Медицинская академия имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить нарушения сердечного ритма у больных пожилого возраста с ХОБЛ и ИБС по результатам суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ).

Материал и методы исследования: обследованы две группы лиц пожилого возраста: 32 больных ХОБЛ в ассоциации с ИБС и 35 больных с ИБС. Средний возраст больных составил 67,4±1,9 лет. СМ ЭКГ проводилось с использованием диагностической системы «Валента».Исследование проводилось на фоне общегоспитального режима физических нагрузок и на фоне приема нитропрепаратов. Антиаритмическая терапия больным во время исследования была отменена.

Результаты исследования: в структуре нарушений сердечного ритма у больных пожилого возраста с ХОБЛ и ИБС преобладали наджелудочковые аритмии. У пациентов с ХОБЛ в ассоциации с ИБС процент наджелудочковой эктопической активности составил 62,3%, а в группе больных с ИБС — 46,2%. Количество и тяжесть наджелудочковых и желудочковых аритмий увеличивалась по мере нарастания тяжести течения ХОБЛ. У больных с ХОБЛ средней степени тяжести в 19,3% случаев регистрировались пароксизмальные наджелудочковые тахикардии. В группе больных с ИБС пароксизмы наджелудочковой тахикардии встречались в 6,8 % наблюдений. Желудочковая экстрасистолия регистрировалась в 42,7% случаев у пациентов с ХОБЛ и ИБС, в группе больных с ИБС - в 33,8 % случаев. Выявлено, что желудочковые экстрасистолы у больных с ИБС были зарегистрированы преимущественно в дневное время суток, а в группе пациентов с ХОБЛ и ИБС максимальное количество желудочковых экстрасистол приходилось на ночное время суток (62,3%).

Выводы: в структуре нарушений сердечного ритма у больных пожилого возраста с ХОБЛ и ИБС преобладают наджелудочковые аритмии. Анализ показал взаимное отягощение и прогрессирование сочетания бронхолегочных заболеваний и сердечно-сосудистой патологии, что необходимо учитывать при лечении больных пожилого возраста с ассоциированной патологией.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS

Чепель А.И., Елисеева Т.В., Скакунова Т.Ю., Мерзоева А.М.

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

Цель: изучить морфофункциональное состояние коронарных артерий и сердечно-сосудистой системы у больных ИБС с различными фенотипами Lewis-антигенов, при этом установить взаимосвязь между распространенностью различных фенотипов Lewis-антигенов и степенью поражения коронарных артерий у больных ИБС.

Материал и методы: были обследованы 92 мужчины в возрасте от 39 до 73 лет, страдающие ИБС. Всем больным была выполнена коронароангиография и определены фенотипы группы крови Lewis.

Результаты исследования: Больные распределились в зависимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis на две группы: в первой - 71 пациент с фенотипом Le^{a-b-}, во второй - 21 пациент с фенотипом Le^{a-b+}. Эти группы достоверно отличаются по количеству пораженных коронарных сосудов ($p < 0,001$). В первой группе 77,5 % пациентов имеют множественные поражения коронарных сосудов (у 41 % больных - два сосуда поражены атеросклерозом, у 20 % - три сосуда, у 15 % - четыре сосуда, у 1,5 % - пять сосудов), 21 % пациентов имеют один пораженный коронарный сосуд и лишь 1,5 % не имеет поражения коронарных сосудов. Во второй группе 24 % пациентов имеют множественные поражения коронарных сосудов (у 14 % больных - два сосуда поражены атеросклерозом, у 5 % - три сосуда, у 5 % - четыре сосуда), 29 % пациентов имеют один пораженный коронарный сосуд и 47 % не имеет поражения коронарных сосудов.

В первой группе имеют атеросклеротическое поражение ствола правой коронарной артерии - 47 пациентов (66 %), значимое - 38 пациентов (54 %), ствола левой коронарной артерии - 11 пациентов (15 %), достоверное - 8 пациентов (11 %), огибающей ветви левой коронарной артерии - 35 пациентов (49 %), значительное - 25 пациентов (35 %), передней межжелудочковой артерии - 52 пациентов (73 %), значимое - 44 пациентов (62 %), задней межжелудочковой артерии - 5 пациентов (7 %), достоверное - 4 пациентов (6 %). Во второй группе: ствола правой коронарной артерии - 3 пациента (19 %), значимое - 1 пациент (5 %), поражения ствола левой коронарной артерии - нет, огибающей ветви левой коронарной артерии - 4 пациента (19 %), значительное - 3 пациента (14 %), передней межжелудочковой артерии - 10 пациентов (48 %), значимое - 3 пациента (5 %), поражения задней межжелудочковой артерии - нет. Различия между группами достоверные ($p < 0,05$).

Среди пациентов первой группы 95 % нуждаются в аортокоронарном шунтировании или баллонной ангиопластики (стентировании) коронарных сосудов; среди пациентов второй группы – только 24 %.

Вывод: больные ИБС с фенотип Le^{a-b-} имеют большее количество пораженных атеросклерозом сосудов, большую протяженность поражения, более выраженную степень поражения, что соотносится соответственно с более тяжелым течением ИБС. Принадлежность больных ИБС к отрицательному фенотипу Lewis определяет прогностически неблагоприятное течение заболевания, больший риск сердечно-сосудистых осложнения, что требует более пристального внимания к этим пациентам, более жесткой коррекции всех факторов риска и раннего направления пациентов этой группы на коронароангиографию.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ВТОРИЧНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Фролов Д.С., Салухов В.В.

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

Цель исследования. Оценить связь нарушенной функции почек и размеров левого предсердия у лиц с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы Обследовано 195 пациентов с МС (91 мужчина, 104 женщины), средний возраст 63 (57; 70) года, из них 90 - с наличием вторичной нефропатии, 105 человек без поражения почек. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, гендерному составу, компонентам МС, индексу массы тела. Диагноз МС устанавливали на основании критериев ВНОК, 2009. У всех пациентов имелись абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия и сахарный диабет 2 типа. Генез вторичной нефропатии имел смешанный характер (диабетическая, гипертензивная, ассоциированная с ожирением). Вторичное поражение почек верифицировали по снижению скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м2 и/или наличии альбуминурии более 10 мг/сут. Размеры обоих предсердий сердца определяли с помощью эхокардиографии. С целью уменьшения разброса вариационного ряда, обусловленного различием массы тела обследуемых, рассчитывался индекс объема левого предсердия (ИОЛП), который соответствовал отношению полученного объема предсердий к площади тела.

Результаты. При оценке размеров правого предсердия средние значения в обеих группах находились в пределах нормы и значимых различий между ними не было получено ($p>0,05$). Было отмечено увеличение выше референсных значений вертикального и фронтального размеров левого предсердия в 1-й и 2-й группах без достоверной разницы между ними ($p>0,05$).

При сравнении ИОЛП, а также передне-заднего размера левого предсердия отмечено преобладание данных параметров у пациентов с МС и вторичной нефропатией. Причем встречаемость ИОЛП>34 мл/м2 была значимо выше у пациентов с МС и нарушением функции почек, что является независимым предиктором смерти, сердечной недостаточности, развития фибрилляции предсердий и ишемического инсульта.

Выводы. У больных метаболическим синдромом с нефропатией, передне-задний размер и индекс объема левого предсердия значительно превышают данные показатели в группе пациентов без нефропатии.

ПАРЦИАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Асямов К.В., Садыков Р.Р., Грозовский Ю.Р., Бурунчанова И.А., Тамасханова М.М.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить парциальное напряжение диоксида углерода в артериальной крови у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: обследовано 133 больных ХОБЛ II-IV степеней, средний возраст составил 68,7 (56,5-76) лет. Больные были разделены на 3 группы: 1- больные ХОБЛ II ст. (45 человек), 2- больные ХОБЛ III ст. (44 человека), 3- больные с ХОБЛ IV ст. (44 человека). В исследуемой группе существенно преобладал мужской пол- 65,3%, женский пол - 38,7%. Контрольная группа включала 20 человек (12 мужчин и 8 женщин) аналогичного с больными возраста без хронических заболеваний дыхательной системы и без анамнеза курения, средний возраст составил 70,5 (65-78) лет.

Результаты: изменения парциального напряжения углекислого газа в артериальной крови у пациентов 1 подгруппы оказались минимальны. Так в фазе обострения pCO2 у больных с ХОБЛ II степени составило 31,4 мм.рт.ст., что было ниже величины в группе контроля ($p<0,05$). По достижении ремиссии данный показатель не претерпевал сколь-нибудь значимых изменений по сравнению с фоновыми величинами ($p>0,05$) и оставался ниже ($p<0,05$), чем в группе контроля. Во второй подгруппе пациентов отклонения pCO2 также были существенными – в фазе обострения pCO2=34,8 мм.рт.ст., что было меньше значений группы контроля ($p<0,05$). В динамике заболевания данный показатель снизился ($p<0,05$) и составил 32,2 мм.рт.ст., не отличаясь от величин, полученных в первой подгруппе в фазе ремиссии ($p>0,05$). Можно полагать, что в 1 и 2 исследуемых подгруппах гипокапния обусловлена компенсаторной гипервентиляцией легких, о чем свидетельствуют значения частоты дыхания у этих больных. Увеличение частоты дыхания является компенсаторной реакцией организма в ответ на гипоксемию. Обращает на себя внимание, что у больных ХОБЛ III степени уровень гипокапнии усиливается при достижении ремиссии. Это, возможно, объясняется тем, что на фоне сохраняющегося тахипноэ улучшается бронхиальная проходимость, вследствие уменьше-

ния обструктивных расстройств, улучшения отхождения мокроты и уменьшающейся альвеолярной гиповентиляцией. Самые значительные изменения напряжения углекислого газа в артериальной крови наблюдались у пациентов с ХОБЛ IV степени, у которых данный показатель в фазе обострения составил 45,0 мм.рт.ст. и значительно превышал показатели в группе контроля, 1 и 2 подгруппах. На фоне лечения pCO2 в этой подгруппе претерпело значительные ($p < 0,05$) изменения и снизилось до 41,2 мм.рт.ст., что не отличалось существенно от показателей в контрольной группе ($p > 0,05$).

Выводы: 1. Изменения парциального напряжения углекислого газа в артериальной крови у лиц с ХОБЛ является следствием патологических изменений в легочной ткани.

2. Наиболее значимые патологические отклонения парциального напряжения диоксида углерода регистрируется у больных ХОБЛ IV степени в фазе обострения.

3. На фоне стандартной терапии больных ХОБЛ IV степени pCO2 претерпевало изменения в сторону улучшения и достигало уровня аналогичного показателя в контрольной группе.

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ

Русаков В.Ф.[1], Федоров Е.А.[2], Саблин И.В.[2], Краснов Л.М.[2], Искандорова А.Р.[2]

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова[1], ФБГУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр МЗ РФ»[2], Санкт-Петербург.

Цель исследования: изучить особенности течения первичнного гиперальдостеронизма (ПГА) в современных условиях, а также диагностические возможности различных методов исследования в условиях эндокринологической клиники.

Материалы и методы: обследовано 42 пациента: мужчин 9 (21,4%), женщин 33 (78,6%) с ПГА. Средний возраст 51+6 лет. В качестве первичного теста диагностики применялся расчет альдостерон-ренинового отношения (АРО). Диагноз ПГА подтверждался проведением тестов с водной нагрузкой или теста с каптоприлом. У 11 человек выполнен селективный забор крви из центральной вены надпочечника. Визуализация надпочечников выполнена с использованием компьютерной томографии (КТ) высокого

разрешения по стандартной программе с болюсным контрастным усилением. Оценивались денситометрические показатели рентгеновской плотности новообразований надпочечника по шкале единиц Хаунсфилда (ед.HU) в нативную, артериальную и отсроченную (через 10 минут после болюсного введения контраста) фазы, а также размеры новообразований. Прооперировано 32 человека (76,2%) с установленным диагнозом альдостеромы. У 10 человек с идиопатическим гиперальдостеронизмом выбрана консервативная тактика ведения с назнвчением антагонистов альдостерона, и симптоматической гипотензивной терапии

Результаты: артериальная гипертензия наблюдалась у 41 (97,6%) больного с доказанным ПГА, при этом постоянная форма артериальной гипертензии отмечалась у 38 больных (90,5%). Лишь в 1 случае наблюдался ПГА с нормальными показателями АД. Альдостерома чаще наблюдалась в левом надпочечнике (59,5%). Средние размеры опухоли – 20,8мм+1,3 мм. Отмечается значительные отклонения денситометрических показателей опухоли от + 37 ед. HU до -27 ед.HU, что не характерно для доброкачественных опухолей коркового слоя надпочечников. При исследовании коэффициента вымывания у всех больных с альдостеромами, он во всех случаях превышал 50%. Гипокалиемия встречалась лишь у половины всех пациентов, что возможно связано с широким назначением ингибиторов АПФ при артериальной гипертензии. При анализе осложнений ПГА на 1 месте стоит нефропатия (42,9%) всех больных. Инфаркт миокарда перенес 1 пациент (2,4%), геморрагический инсульт в анамнезе у 1 пациента. Сахарный диабет встречался несколько чаще, чем в одновозрастной популяции – у 5 (11,9%). Из сопутствующих заболеваний отмечается неожиданно высокое распространение желчнокаменной болезни (26,2%). У всех прооперированных больных с альдостеромой опухоли морфологически соответствовали адренокортикальной аденоме.

Выводы: имеющееся в распоряжении современной специализированной эндокринологической клиники диагностическое и лабораторное оборудование позволяет с высокой чувствительностью и специфичностью диагностировать первичный гиперальдостеронизм и дифференцировать его основные формы.

При анализе денситометрических показателей КТ исследований в нативную фазу отмечается существенная вариабельность плотностных характеристик опухоли.

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНЕРТНЫХ ГАЗОВ

Пугачёв М.И.[2], Добровольская Л.М.[1], Куренкова И.Г.[1]

«Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», Санкт-Петербург[1], ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь», Ростов-на-Дону[2]

Известно, что смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает первое место. По данным всемирной организации здравоохранения ведущими причинами смерти в мире являются: ишемическая болезнь сердца (7,4 млн человек в год), инсульт (6,7 млн человек в год) и хроническая обструктивная болезнь легких (3,1 млн человек в год). Такая ситуация наблюдается как правило в большинстве стран, где Российская Федерация не исключение. К сожалению, тенденцией последних десятилетий является то, что возраст пациентов с ишемической болезнью сердца молодеет. Все больше людей умирает, находясь при этом, в трудоспособном возрасте. Лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы требует все большего применения дорогостоящих и высокотехнологичных методов медицинской помощи, что соответственно, значительно увеличивает затраты на здравоохранение. Сложившаяся ситуация отрицательно сказывается на экономике Российской Федерации.

Основным методом лечения ишемической болезни сердца на данном этапе развития медицинской науки является реваскуляризация миокарда, которая может проводится медикаментозным или хирургическим путем. Наиболее значимой и смертоносной стадией ишемической болезни сердца является инфаркт миокарда, на который приходится наибольшее число летальных случаев. Золотым стандартом в диагностике и лечении этой нозологической формы сейчас является коронарография и стентирование в максимально короткие сроки после начала ишемии миокарда. Что не всегда может быть выполнено. Общим мнением медицинского сообщества стало то, что рентген-эндоваскулярные методы реваскуляризации миокарда достигли своего совершенства, при этом они по-прежнему хороши и позволяют спасать множество жизней, но дальнейшие перспективы их развития уже не видны. Эффективность применения этих методов сейчас сводится к быстрой доставке пациента в стационар, где имеется возможность стентирования коронарных артерий, что, учитывая нашу действительность, не всегда выполнимо с соблюдением требований «золотого часа».

Это подталкивает на поиск других методов лечения этих жизнеугрожающих заболеваний, которые бы дополняли уже существующие манипуляции по реваскуляризации миокарда. Главная проблема в оказании помощи при инфаркте миокарда - промедление, поскольку наибольший эффект реперфузия имеет в первые 2-3 часа от начала симптоматических проявлений [1, 2]. Общее время ишемии, между началом симптомов и реперфузией (тромболизисом, механической реперфузией или ЧКВ), является самым главным фактором. Цель - увеличить это время за счет улучшения метаболизма миокарда и сохранить его жизнеспособность за счет механизмов, не зависящих от коронарного кровоснабжения. Известно, что миокард крайне чувствителен к гипоксии. Предполагается, что за счет снижения чувствительности миокарда к гипоксии возможно повышение его жизнеспособности и, следовательно, увеличение времени, в течение которого будет эффективна его реперфузия.

Особый интерес представляет возможность коррекции чувствительности к гипоксии человека путем вдыхания газовых смесей кислорода и аргона. S. Spaggiari et al. [3] указывают на антиапоптотическую активность инертных газов in vitro. На модели лабораторных животных показаны кардиопротективный [4, 5] и нейропротективный эффекты [6, 7] ксенона и аргона. В тоже время механизм подобного действия остается малоизученным. Отличительной особенностью инертных газов является насыщенность их внешней (валентной) электронной оболочки, что не позволяет им вступать в химические реакции с другими элементами и образовывать ковалентные связи. Одним из возможных цитопротективных эффектов аргона может являться открытие митохондриальных аденозинтрифосфат-чувствительных каналов [3], составной части сигнального пути, характеризующего ишемическое прекондиционирование миокарда [8].

Литература:

1. Steg PG, James SK, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569–619.

2. Gershlick AH, Banning AP, Myat A, et al. Reperfusion therapy for STEMI: is there still a role for thrombolysis in the era of primary percutaneous coronary intervention? Lancet 2013;382(9892):624–32.

3. Spaggiari, S. Antiapoptotic activity of argon and xenon / S.

Spaggiari [et al.] // Cell cycle. – 2013. – Vol. 12. – P. 2636–2642

4. Li, Q. Pretreatment with xenon protected immature rabbit heart from ischaemia/reperfusion injury by opening of the mitoKATP channel / Q. Li [et al.] // Heart lung circ. – 2013. – Vol. 22. – P. 276–283.

5. Roehl, A.B. Xenon and isoflurane reduce left ventricular remodeling after myocardial infarction in the rat / A.B. Roehl [et al.] // Anesthesiology. – 2013. – Vol. 118. – P. 1385–1394.

6. Shu, Y. Xenon pretreatment attenuates anesthetic-induced apoptosis in the developing brain in comparison with nitrous oxide and hypoxia / Y. Shu [et al.] // Anesthesiology. – 2010. – Vol. 113. – P. 360–368.

7. Yang, T. Xenon and sevoflurane provide analgesia during labor and fetal brain protection in a perinatal rat model of hypoxiaischemia / T. Yang [et al.] // PLoS one. – 2012. – Vol. 7. – P. 544–552.

8. Garlid, K.D. The mitochondrial K(ATP) channel-fact or fiction? / K.D. Garlid, A.P. Halestrap // J. mol. cell. cardiol. – 2012. – Vol. 52. – P. 578–583.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МУЖЧИН В УСЛОВИЯХ АРКТИКИ И УМЕРЕННЫХ ШИРОТ

Сердюков Д.Ю., Перминов Д.Г., Козеродова К.С., Игнатов О.Г., Корнеев С.В, Тесленко А.А.

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

Цель исследования. Оценить параметры обмена холестерина и его фракций у военнослужащих-мужчин, проходящих военную службу в Западном военном округе и Арктике.

Материал и методы. В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (ВМА), а также в местах постоянного базирования воинских частей Арктического региона проведено углубленное медицинское обследование 530 мужчин в возрасте 38,7±5,5 лет. По результатам медобследования и ультразвуковой оценки комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий были сформированы 2 основные группы: I – 257 мужчин, проходящих воинскую службу в условиях умеренного климата 39,6±6,3 лет; IIгруппа – 273 человека из частей Арктического региона (средний срок пребывания в регионе 9,3 лет 37,8±4,7). Каждая группа подразделялась на подгруппы А – без признаков каротидного атеросклероза, В – с атеросклерозом (ТИМ >0,8 мм). Всем

обследуемым выполнялось биохимическое исследование крови с определением общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГЛ), коэффициента атерогенности (КА).

Результаты. Уровень ОХС в IАгруппе составил 5,1±1,1 ммоль/л, IВ–5,9±1,1 ммоль/л (достоверность внутригруппового различия $p<0,001$); IIА группа – 5,1±1,0 ммоль/л, IIВ– 5,7±1,3 (внутригрупповое $p<0,01$) без межгруппового различия при сравнении подгрупп IА с IIА и IВ с IIВ ($p>0,05$). ЛПВП: IА – 1,3±0,4 ммоль/л, IВ –1,2±0,4 ммоль/л (без внутригруппового различия $p>0,05$); IIА группа – 2,1±1,6 ммоль/л, IIВ– 1,7±1,5 (внутригрупповое $p=0,04$); при попарном сравнении были выявлены достоверные различия между IА и IIА подгруппами ($p<0,001$). ЛПНП: IА – 3,0±1,0 ммоль/л, IВ –3,5±1,2 ммоль/л (достоверность внутригруппового различия $p=0,05$); IIА группа – 3,6±1,2 ммоль/л, IIВ– 3,8±1,5 (внутригрупповое $p>0,05$); при попарном сравнении были выявлены достоверные различия между IА и IIА подгруппами ($p=0,016$). ЛПОНП: IА – 0,8±0,5 ммоль/л, IВ –1,16±0,6 ммоль/л (достоверность внутригруппового различия $p<0,01$); IIА группа – 0,6±0,3 ммоль/л, IIВ – 1,0±0,5 (внутригрупповое $p=0,04$) без межгруппового различия ($p>0,05$). ТГЛ: IА – 1,6±0,7 ммоль/л, IВ –2,1±1,2 ммоль/л (достоверность внутригруппового различия $p=0,05$); IIА группа – 1,4±0,8 ммоль/л, IIВ– 1,8±1,5 (внутригрупповое $p>0,05$) без межгруппового различия ($p>0,05$). КА: IА – 3,0±1,4, IВ – 4,1±1,5 (достоверность внутригруппового различия $p=0,005$); IIА группа – 3,6±1,5, IIВ – 4,5±1,5 (внутригрупповое $p=0,035$); при попарном сравнении были выявлены достоверные различия между IАи IIАподгруппами ($p=0,01$) и IВ и IIВ подгруппами ($p=0,05$).

Выводы: При наличии субклинического атеросклеротического поражения сонных артерий у военнослужащих мужчин отмечаются более выраженные проатерогенные изменения липидного спектра. Под влиянием арктического климатогеографического фактора были продемонстрированы разнонаправленные значения показателей обмена холестерина, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Асямов К.В., Садыков Р.Р., Грозовский Ю.Р., Тамасханова М.М., Бурунчанова И.А.

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург.

Цель исследования: оценить толерантность к физической нагрузке и функциональный статус больных с ХОБЛ.

Материалы и методы: обследовано 133 больных хронической обструктивной болезнью легких II – IV степеней, средний возраст больных составил 68,7 (56,5 – 76) лет. Пациенты находились на стационарном лечении по поводу обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). В зависимости от степени заболевания все больные были разделены на 3 подгруппы: 1-я – больные ХОБЛ II ст. (45 человек), 2-я – ХОБЛ III ст. (44 человека), 3-я – ХОБЛ IV ст. (44 человека). Контрольная группа включала 20 человек (12 мужчин и 8 женщин) аналогичного с больными возраста без хронических заболеваний дыхательной системы и без анамнеза курения, средний возраст лиц контрольной группы составил 70,5 (65 - 78) лет.

Полученные результаты: теста 6-минутной ходьбы свидетельствуют, что данный показатель был снижен у всех больных ХОБЛ. Так пациенты 1 подгруппы в фазе обострения смогли преодолеть за 6 минут 278,0 метров, что было существенно меньше, чем в группе контроля. После проведенного лечения данный показатель существенно увеличился до 413,5 метров, но значений контрольной группы не достиг ($p<0,05$).

Больные ХОБЛ III степени в фазе обострения проходили только 150,0 метров, после лечения преодолеваемая дистанция увеличивалась до 357,0 метров, что было существенно выше, чем в фазе обострения, но по-прежнему меньше, чем у здоровых лиц и у пациентов с ХОБЛ II степени ($p<0,05$). У больных ХОБЛ IV степени в фазе обострения расстояние, пройденное за 6 минут, составило 107,0 метров, что было ниже значений контрольной группы и показателей в 1 и 2 подгруппах больных ($p<0,05$). Около 40% больных этой подгруппы вообще не смогли выполнить тест по причине выраженной одышки, слабости и наличия сопутствующей патологии. После лечения больные данной 3 подгруппы смогли преодолеть

284,5 метра, однако это было существенно ниже, чем в 1 и 2 подгруппах.

Вывод: у больных ХОБЛ значительно снижается уровень переносимой физической нагрузки. Это отмечается уже у больных ХОБЛ II степени с последующим падением физической выносливости по мере прогрессирования болезни ($p<0,05$). Причем, несмотря на проводимую терапию, уровень переносимой физической нагрузки не достигал значений контроля ни в одной из исследуемых подгрупп ($p<0,05$).

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Суржиков П. В., Кицышин В.П., Фролов Д.С., Локшина Т.Р.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт ¬ Петербург

Цель исследования изучить наличие половых различий функционирования вегетативной нервной системы у молодых практически здоровых людей 20 – 35 лет.

Материалы и методы. В исследование вошло 238 молодых людей, средний возраст которых составил 20 – 35 лет. Из них подгруппа мужчин составила 61%, подгруппа женщин составила 39%. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование сердечного ритма с использованием холтеровского монитора «ВАЛЕНТА».

Результаты и обсуждения. В результате проведенного анализа 24 - часовой ЭКГ выявлено, что циркадная динамика деятельности ВНС в ночное время характеризуется возрастанием активности парасимпатической нервной системы у женщин, парасимпатической и симпатической части - у мужчин. Активность вегетативной нервной системы в течение суток у мужчин выше, чем у женщин, что способствует возникновению у них более выраженных эпизодов синусовой аритмии, возникающих чаще в ночной период времени. При изучении вариабельности сердечного ритма установлено, что показатель SDNN у женщин оказался выше, чем у мужчин. Значения SDANN, RMSSD в подгруппе женщин оказались достоверно ниже, по сравнению с группой мужского пола. Значения медианы pNN50 у лиц женского пола находились на более низком уровне по сравнению с противоположной группой (8,7% против 15,1%, $p<0,001$). При анализе значений спектральных компонентов ВСР, а также их интегральных индексов, отмечалась та же за-

кономерность: у мужчин показатели оказались достоверно выше, чем у женщин.

Выводы:1. Активность вегетативной нервной системы в течение суток у мужчин выше, чем у женщин. 2. Циркадная динамика деятельности ВНС в ночное время характеризуется возрастанием активности парасимпатической нервной системы у женщин, у мужчин – как парасимпатического, так и симпатического звена. 3. Высокая вегетативная активность у мужчин способствует возникновению у них более выраженных, чем у женщин эпизодов синусовой аритмии, возникающих чаще в ночной период времени.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МИОГЛОБИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Рудаков Ю.В., Шелухин В.А., Кан Е.А., Жанжаров К.В., Попов С.И., Минаков А.А.

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

Цель исследования: оценить факторы риска возникновения смерти у пациентов с миоглобин-индуцированной нефропатией находящихся на лечении в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 33 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение с рабдомиолизом (РМ) различного происхождения в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и отделении реанимации и интенсивной терапии № 3 (токсикологическая реанимация) ГБУ НИИ Скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в 2013-2015 гг.. Диагноз РМ с миоглобин-индуцированной нефропатией (МИН) устанавливался по совокупности клинико-лабораторных данных с обязательным исследованием уровня миоглобина в крови. Лабораторные данные анализировали в динамике: в 1-е, 3-и, 15-е сутки от момента госпитализации. Пациентов по исходу заболевания стратифицировали на 2 группы: выздоровевшие (n=24, средний возраст - 33,96±1,85) и умершие (n=9, средний возраст - 35,67±2,51). Все пациенты были мужчины.

Полученные результаты: острое повреждение почек (ОПП) диагностировалось у 100% пациентов, находящихся на стационарном лечении с РМ различного происхождения. Смерть паци-

ентов наступала в среднем на 7 сутки от момента госпитализации. Достоверные межгрупповые различия у пациентов выявлены только по содержанию калия в крови и наличию изменений на ЭКГ. Так, средний исходный уровень калия в крови у умерших и выживших пациентов составил 6,8±0,3 и 5,5±1,2 мкмоль/л соответственно ($p<0,05$). Доля пациентов с гиперкалиемией в группе умерших была достоверно больше, чем у выживших и составила 100% и 52% случаев соответственно ($p<0,05$). Причем, признаки гиперкалиемии на ЭКГ в виде высокого, заостренного зубца – Т и укорочения интервала QT регистрировались только у 3 (33%) умерших пациентов, все они имели осложнение в виде синдрома полиорганной дисфункции ($p<0,05$). У выживших пациентов патологические изменения на ЭКГ не выявлялись ($p<0,05$). При оценке связи летальных исходов с наличием определенных факторов у пациентов с МИН статистически значимые различия выявлены только по уровню температуры тела. Летальные исходы наступали у пациентов с повышенной температурой тела значимо чаще, чем у пациентов с нормальной температурой тела – OR=3,4 (95% CI: 1.1-10.3, $p<0,05$). В целом летальные исходы были только у больных с осложнениями в виде синдрома полиорганной дисфункции (6/18%) и сепсиса (3/9%), при других осложнениях - наступало выздоровление ($p<0,001$). Отмечалась тесная корреляция между исходом заболевания и наличием осложнений ($r=0,8$, $p<0,05$), тяжестью состояния больных ($r=0,7$, $p<0,05$), уровнем сознания ($r=0,7$, $p<0,05$), гемодинамикой (АД ($r=0,5$, $p<0,05$); температурой тела ($r=-0,4$, $p<0,05$), наличием изменений на ЭКГ ($r=-0,5$, $p<0,05$), гиперкалиемией ($r=0,4$, $p<0,05$) в 1-е сутки госпитализации, цветом мочи ($r=0,4$, $p<0,05$).

Выводы: предикторами неблагоприятного прогноза у пациентов с МИН являются наличие синдрома полиорганной дисфункции и/или сепсиса в сочетании с гиперкалиемией более 6,8 мкмоль/л, особенно с её ЭКГ - признаками и/или повышением температуры тела более 37,0°С.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЗА В ОРГАНИЗОВАННОМ ВОИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Данцев В.В., Иванов В.В., Карпущенко В.Г., Мучаидзе Р.Д.

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

Цель исследования. Определение эффективности использования аллергена туберкулезного рекомбинантного при обследовании взрослых контактных лиц в очаге туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. В организованном воинском коллективе, состоящем из 103 человек, при обращении за медицинской помощью был выявлен больной диссеминированным туберкулезом легких с деструкцией легочной ткани и бактериовыделением. Нами обследованы 100 человек из числа контактных лиц, без сопутствующей патологии, в возрасте от 18 до 22 лет. Перечень обязательных методов обследования включал флюорографическое обследование органов грудной полости, пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (диаскинтест) (ДСТ) и пробу Манту 2 ТЕ (ПМ), пробы выполнялись одновременно на разных руках. Лицам с гиперергической реакцией на ДСТ дополнительно выполнялась компьютерная томография (КТ) органов грудной полости.

Результаты и обсуждение.

Флюорографическое обследование у всех 100 контактных лиц патологии органов грудной полости не выявило.

Реакция на ПМ у 80 человек (80%) оказалась положительной, у 12 (12%) – сомнительной, у 8 (8%) – отрицательной. В случае положительной реакции в 12,5% случаев она была слабо выраженной, в 48,8% - умеренно выраженной, в 37,5% - выраженной и 1,3% - гиперергической.

Реакция на пробу с ДСТ у 28 обследованных (28%) была отрицательной, у 34 (34%) – сомнительной, у 38 (38%) – положительной. В случае положительного результата умеренно выраженные реакции составили 10,5%, выраженные – 10,5%, гиперергические – 78,9%.

При сравнении результатов ПМ и ДСТ отмечено, что положительная реакция достоверно чаще имела место при ПМ - 80 %, против ДСТ - 38 % ($\chi^2 = 9,57$, $p = 0,002$), однако средний размер

папулы при положительной реакции на ДСТ (17,6 ± 5,6 мм) достоверно превышал размеры папулы при ПМ (12,9 ± 3,4) (U = 722, p< 0,001). Кроме того, достоверно чаще фиксировалась гиперергическая реакция на пробу с ДСТ - 30% против 1% при выполнении ПМ (χ^2 = 32,11, p < 0,001).

В целом выраженная положительная и гиперергическая реакция на ПМ имела место у 31 человека (31%), на пробу с ДСТ – у 34 человек (34%), однако полного пересечения данных групп не отмечалось. Лицам с гиперергической реакцией на пробу с ДСТ (30 человек) выполняли КТ органов грудной полости, из них у 9 человек (30%) были выявлены очаговые изменения в легочной ткани, что послужило основанием для дальнейшего обследования и лечения в специализированном стационаре.

Выводы.

1. Использование аллергена туберкулезного рекомбинантного в очаге туберкулезной инфекции позволяет выявить лиц, нуждающихся в углубленном обследовании с применением более информативных методов лучевой диагностики (КТ).

2. КТ органов грудной полости у лиц с гиперергической реакцией на аллерген туберкулезный рекомбинантный позволяет выявлять начальные проявления туберкулезного поражения органов дыхания, не визуализируемые при флюорографическом обследовании.

ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS

Сардинов Р.Т., Чепель А.И.

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

Цель. Определить эффективность комбинированной сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа с различными фенотипами системы группы крови Lewis.

Материалы и методы. Обследованы 56 пациентов СД 2 типа, с неадекватным контролем гликемии с помощью диеты и физической нагрузки; уровень. Все пациенты до включения в исследование не получали медикаментозной сахароснижающей терапии. Больные были разделены на две группы в зависимости от феноти-

пической принадлежности к системе группы крови Lewis, сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ и длительности заболевания. Всем больным СД 2 типа после обследования назначалась комбинированная терапия гликлазидом и метформином на 24 недели.

Результаты. До начала сахароснижающей терапии у больных СД 2 типа с фенотипом Le $^{a-b-}$ отмечалось повышение в крови иммунореактивного инсулина по сравнению с лицами, имевшими фенотип Le $^{a-b+}$ ($p < 0,01$). Средние величины уровня глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды, HbA1c, фруктозамина у больных СД 2 типа с фенотипом Le $^{a-b-}$ достоверно не отличались от данных параметров в группе лиц с фенотипом Le $^{a-b+}$ ($p > 0,05$) до начала лечения. На фоне завершения сахароснижающей терапии средние величины уровня глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды, HbA1c у больных СД 2 типа с фенотипом Le a – b – достоверно не отличались от значений указанных параметров в группе лиц с фенотипом Le $^{a-b+}$ ($p< 0,05$). У больных СД 2 типа с фенотипом Le $^{a-b-}$ средняя суточная доза метформина составила 1314 ± 160 мг, а гликлазида – 146 ± 24 мг, тогда как у больных СД 2 типа с фенотипом Le $^{a-b+}$ доза метформина составляла 960 ± 140 мг, а гликлазида – 116 ± 21 мг.

Выводы: больным сахарным диабетом 2 типа с фенотипом Le $^{a-b-}$ для нормализации углеводного обмена необходимо назначение более высоких доз сахароснижающих препаратов.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПОЗДНИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНУЮ ПНЕВМОНИЮ

Иванов В.В., Харитонов М.А., Богомолов А.Б., Железняк И.С., Бутенко А.В.

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

Цель исследования. Оценить эффективность и информативность спиральной компьютерной томографии (СКТ) у лиц молодого возраста, страдающих тяжелой внебольничной пневмонией (ТВП) смешанной этиологии для верификации скрытых морфологических изменений легочной ткани после рентгенографического разрешения воспалительной инфильтрации.

Методы исследования. Обследованы 24 больных с тяжелой ВП. В исследование включались только лица молодого возраста, без сопутствующих хронических заболеваний. Все больные получали лечение в соответствии с национальными и международными рекомендациями по лечению ТВП. В дополнение к обязательному рентгенографическому исследованию всем пациентам ТВП выполнялась СКТ органов грудной полости при поступлении, в ходе стационарного лечения и после нормализации клинико-лабораторных данных и контрольной рентгенографии органов грудной полости, подтверждающих разрешение воспалительной инфильтрации легочной ткани.

Результаты исследования.

Таблица. 1. Поздние осложнения, выявленные лучевыми методами диагностики, абс. (%)

Показатель	Рентгенография	СКТ
Бронхоэктазы	–	5 (20)
Полостные изменения	1 (4)	3 (12)
Пневмосклероз	1 (4)	1 (4)
Фибротелектаз	–	1 (4)
Итого	2 (8)	10 (41)

Оценивая результаты исследования, необходимо отметить, что при рентгенографии у 2 (8%) больных были выявлены незначительные изменения легочной ткани в виде участка пневмосклероза и полостного образования, а по данным СКТ были определены выраженные морфологические изменения паренхимы легких еще у 8 обследуемых пациентов. При сравнении рентгенографических снимков и компьютерных томограмм – очаговый пневмосклероз имел более выраженные объем и контрастность, а выявленное полостное образование – имело большие размеры и четкие контуры. Проанализировав данные спиральной КТ по остальным случаям, установили морфологические изменения, среди которых следует отметитьследующие: у 5 (20%) пациентов – веретенообразные бронхоэктазы, у 3 (12%) больных – сухие воздушные полости, у 1 (4%) – фиброателектаз.

Выводы. 1. Всем пациентам, страдающим ТВП, целесообразно применение СКТ органов грудной полости для детальной оценки объема поражения и характера воспалительной инфильтрации

легочной ткани в различные периоды стационарного лечения. 2. Данные контрольной рентгенографии легких у больных ТВП, свидетельствующие о разрешении воспалительной инфильтрации легочной ткани, не отражают истинной картины последствий, перенесенной тяжелой внебольничной пневмонии. В период реконвалесценции у 41% больных, перенесших ТВП, остаются серьезные морфологические изменения легочной ткани в виде бронхоэктазов, воздушных полостей, грубого очагового пневмофиброза, не визуализируемые при традиционной рентгенографии.

РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИТМА СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Суржиков П. В., Кицышин В.П., Локшина Т.Р.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт ¬ Петербург

Цель исследования: изучить гендерные различия в суточной динамике показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, частоте и характере выявленных нарушений ритма и проводимости у практически здоровых военнослужащих.

Материалы и методы. В исследование вошло 238 молодых людей (61% мужчин и 39% женщин), средний возраст которых составил 20 – 35 лет. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование сердечного ритма с использованием холтеровского монитора «Валента» НПО «НЕО».

Результаты. По результатам проведенного анализа суточного ЭКГ-мониторирования выявлено, что особенностью сердечной деятельности у женщин являлось выявление более частой суправентрикулярной экстрасистолии на протяжении суток. У лиц мужского пола значительно чаще и преимущественно в ночные часы обнаруживались эпизоды выраженной нециклической синусовой аритмии. Среднесуточная ЧСС и ее минимальные значения в дневные и ночные часы у мужчин оказались достоверно ниже по сравнению с женщинами. Общая мощность вариабельности сердечного ритма в течение суток у лиц мужского пола была существенно выше, чем у женского. Циркадная динамика функционального состояния вегетативной нервной системы характеризовалась возрастанием активности парасимпатической нервной системы в ночное время у женщин.

Выводы. 1. Среднесуточная и минимальные значения ЧСС днем

и ночью у мужчин ниже по сравнению с женщинами вследствие наличия у них более частых и длительных эпизодов задержанных RR – интервалов. 2. Особенностью сердечной деятельности у женщин является выявление более частой СВЭ по сравнению с мужчинами; у мужчин - наличие эпизодов выраженной синусовой аритмии; различий в частоте и характере желудочковых нарушений ритма в зависимости от пола найдено не было. 3. Высокая вегетативная активность у мужчин способствует возникновению у них более выраженных, чем у женщин эпизодов синусовой аритмии, возникающих чаще в ночной период времени.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАБОТАЮЩИХ НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

Киреева Е.Б., Гуськов А.С., Першко В.А.

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

Учитывая наличие множества факторов, влияющих на костную резорбцию, раннее выявление и профилактика снижения минеральной плотности кости у военнослужащих, работающих на объектах хранения и уничтожения химического оружия, является актуальной проблемой военной медицины. Наряду с лабораторной диагностикой, современным золотым стандартом выявления снижения минеральной плотности кости является двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA). Метод позволяет количественно оценить плотность костной ткани, при этом возможно диагностировать потерю даже 2-5% костной массы.

Цель исследования: Выявление снижения минеральной плотности кости у военнослужащих, работающих на объектах хранения и уничтожения химического оружия и её профилактика.

Материалы и методы: Было отобрано и обследовано 119 пациентов, из которых были сформированы три однородные группы: первая 40 пациентов, военнослужащие по контракту, работающие на объектах хранения и уничтожения химического оружия; вторая 41 пациентов, военнослужащие по контракту, работающие на объектах хранения и уничтожения химического оружия, принимающие препараты кальция и витамина Д3, а также контрольная группа – 38 пациентов, военнослужащие, не имеющие профессиональ-

ные вредности в анамнезе. Критериями не включения явились: наличие у пациентов острых и хронических соматических, онкологических заболеваний, а также наличие в анамнезе переломов.

Результаты: После 24-месячной терапии во 2й группе достоверно изменились параметры уровня костной резорбции. После проведения курса профилактики остеопороза уровень витамина D3 увеличился на 11,94% ($p<0.05$ по сравнению с исходным уровнем) и ($p<0.05$ по сравнению с контрольной группой), уровень ALP снизился на 4,12% ($p<0.05$ по сравнению с исходным уровнем) и ($p<0.05$ по сравнению с контрольной группой). Показатели ионизированного кальция, паратиреоидного гормона, тиреотропного гормона, тестостерона достоверно не изменились. После 24-месячной терапии параметры костной резорбции достоверно не изменились у пациентов 2й группы. После проведения курса профилактики уровень костной резорбции оставался на одном уровне ($p<0.1$ по сравнению с исходным уровнем) и ($p>0,5$ по сравнению с контрольной группой). У пациентов 1 группы показатели достоверно ухудшились без приема профилактических препаратов костной резорбции. Полученные нами статистически значимые изменения клинико - биохимических показателей костной резорбции, а также полученные результаты денситометрии (DXA) T - и Z - критериев подтверждают эффективность профилактики остеопороза препаратами кальция и витамина Д3 у военнослужащих работающих на объектах хранения и уничтожения химического оружия.

Выводы: У военнослужащих, работающих на объектах хранения и уничтожения химического оружия при исследовании минеральной плотности кости в большинстве случаев выявлено активность костной резорбции, и в результате проведенной остеоденситометрии выявлялась остеопения (за исключением контрольной группы). Были установлены факторы, ассоциирующиеся с развитием остеопороза: контакт с токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, что приводит к хроническому стрессу и нейровегетативным нарушениям, курение, употребление большого количества кофе, алкоголя, нахождение в неблагоприятных климатических условиях.

РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ И МЕХАНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Леонтьев О.В., Акимов А.Г., Душенин В.Г.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

С целью изучения систем адаптации теплокровных животных, было проведено исследование механизмов адаптации к комбинированному (холодовому и механическому) воздействию на 10 крысах-самцах.

Изучалась длительность свободного плавания крыс в емкости с водой с температурой 7+2°С с параллельной регистрацией R-R интервалов ЭКГ. После 3-х тренировочных воздействий была проведена серия экспериментов (10 серий), включавших только при холодовое воздействие и сочетанное влияние холодового и механического факторов. Последний достигался путем введения раствора формалина под подошвенный апоневроз исследуемых животных.

Показано, что холодовое воздействие, несмотря на вызываемую стрессовую реакцию, снижает время плавания крыс.

Механическое воздействие в сочетании с холодовым увеличивает время плавания, но приводит к чрезмерной активации симпатоадреналовой системы, что проявляется избыточным увеличением ЧСС на 56%. Этот факт может рассматриваться как признак неблагоприятного влияния на характер вегетативной регуляции.

Полученные данные могут быть использованы при исследовании экстремальных температурных режимов, для обеспечения выполнение боевых задач, при экстраполяции результатов на человека.

СИСТЕМНАЯ И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Куренкова И.Г., Добровольская Л.М.

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

Цель исследования: изучить основные показатели системной и легочной гемодинамики у больных ожирением различной степени выраженности.

Материалы и методы. Обследован 81 больной ожирением (29 мужчин, 52 женщины) в возрасте от 24 до 60 лет (средний воз-

раст 39,7±1,1). Степень ожирения определяли по классификации ВОЗ с учетом индекса массы тела (ИМТ). Больные разделены на 3 группы: 1-ая группа (27 человек) с ожирением I степени (ИМТ 32,6±1,9), 2-ая группа (29 человек) с ожирением II степени (ИМТ 37,0±0,21), 3-я группа (25 человек) с ожирением III степени (ИМТ 45,8±2,1). Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. Обследованы также здоровые лица (25 человек), также сопоставимые по полу и возрасту с больными ожирением (контрольная группа). Все больные проходили комплексное стационарное обследование, включавшее оценку клинических данных, лабораторные и инструментальные исследования.

Показатели сердечного выброса, минутного объема циркуляции, среднее давление в аорте и легочной артерии, общее периферическое и легочное сосудистое сопротивление определяли расчетными методами (Загрядский В.П., 1991; Шишмарев Ю.Н., 1981).

Результаты исследования. Частота сердечных сокращений (ЧСС) во всех группах больных ожирением не выходила за пределы нормальных колебаний и не отличалась от показателей здоровых лиц. У больных ожирением I степени ЧСС составляла 74,9±2,3, II степени – 72,2±2,0, III степени - 75,4±2,2 уд. в минуту. Существенно повышенными оказались цифры диастолического артериального давления (81,5±3,3; 86,2±2,3; 86,7±3,0 мм рт. ст. соответственно I, II и IIIстепеням ожирения) и среднего давления в аорте (97,2±3,9; 102,6±3,1; 103,0±3,0 мм рт. ст.). У здоровых людей эти параметры составили 78,3±2,4 и 86,2±3,6 мм рт. ст.

У больных ожирением отмечено значительное повышение сердечного выброса и минутного объема циркуляции. Эти параметры увеличивались с нарастанием массы тела. Ударный объем (УО) увеличился от 113,9±4,4 мл при I степени ожирения до 134,2±5,7 мл при III степени, минутный объем (МО) – от 8,41±0,37 л до 10,32±0,62 л. Статистически значимые различия выявлены при сравнении этих показателей с группой здоровых людей (УО 87,7±3,1 мл; МО 6,12±0,2 л), а также при сопоставлении больных с I и III степенями ожирения. Подобные закономерности выявлены и при изучении ударного и минутного индексов (УИ и МИ). Увеличение ударного и минутного объемов сочеталось со снижением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПС), достоверные различия выявлены в сравнении с группой

здоровых лиц. Легочное сосудистое сопротивление существенно не менялось.

При II и III ст. ожирения выявлено статистически значимое повышение среднего давления в легочной артерии (31,9±1,96 и 34,0±2,2 мм рт. ст.; у здоровых людей 23,9±2,1 мм рт. ст.).

Выводы:

1. Нарушения системной и легочной гемодинамики при ожирении характеризуются гиперкинетическим типом циркуляции, повышением диастолического артериального давления, среднего давления в аорте и легочной артерии.

2. Степень выраженности нарушений гемодинамики нарастает с увеличением массы тела тучных пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Иванов В.В., Харитонов М.А., Данцев В.В., Грозовский Ю.Р., Бутенко А.В.

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

Цель исследования. Изучить современную этиологическую структуру возбудителей внебольничной пневмонии тяжелого течения у лиц молодого возраста в условиях организованных воинских коллективов.

Методы исследования. В период с октября 2013 по май 2015 гг. было обследовано 39 военнослужащих, страдающих внебольничной пневмонией тяжелого течения, проходивших стационарное лечение в клиниках Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и "442 военного клинического госпиталя". В исследование включались только лица мужского пола в возрасте 18 и 25 лет, проживающие в условиях организованных коллективов (казарма), без сопутствующих хронических заболеваний.

Результаты. Этиологическая характеристика инфекционных агентов, выявленных у больных с тяжелой внебольничной пневмонией (n=39), %.

При выполнение бактериологического посева мокроты S.pneumoniae был выявлен только в 2,5% случаев, S.aureus как и Kl.peumoniae, был обнаружен в 7,6% случаев, а синегнойная палочка в 5,1% случаев. Следует отметить, что только этим методом в этой группе больных удалось определить такой высоковирулентный нозокомиальный возбудитель как A.baumannii – 15,3%. С помощью ПЦР – диагностики (мокрота и плазма крови) удалось идентифицировать следующие микроорганизмы: S.pneumoniae – 35,8% и 12,8%; H.influenzae – 12,8% и 5,1%; M.pneumoniae – 20,5% и 10,2%; Cl.pneumoniae – 5,1% и 10,2%; Ps.aeruginosae – 17,9% и 2,5%; аденовирусы – 30,7% и 10,2%; вирус гриппа А – 16,1% и 2,5%. При ИФА аденовирусы выявлены почти у 60% больных, РС-вирус – у 55,3%, вирус гриппа подтип А – у 23,6%, M.pneumoniae – у 25,6%, Cl.pneumoniae – у 10,2%. При проведении ИХТ аденовирусы были верифицированы лишь в 12,8% случаев, РС-вирус – в 4,5%, вирусы гриппа А и В – только у 10% больных. Таким образом, мы выявили, что в современной этиологической структуре тяжелой ВП в 80% случаев присутствовали вирусные агенты с доминирующей ролью аденовирусов и вирусов гриппа. Сочетание вирусов наблюдалось практически со всеми типичными и атипичными бактериальными патогенами. Полученные результаты свидетельствуют о наличии четырех наиболее значимых сочетаний патогенов у обследованных больных. Среди них самой распространенной оказались: аденовирусы + M.pneumoniae – в 33%, аденовирусы + S.pneumoniae – в 26%, аденовирусы + РСВ и разных бактерий – в 11%, вирус гриппа А + S.pneumoniae – в 4,6% случаев.

Выводы: Применение методов полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа для этиологической диагностики возбудителей внебольничной пневмонии у военнослужащих позволило в ранние сроки установить спектр современных разнообразных инфекционных агентов, который характеризовался в 76–80% случаев комбинацией вирусно-бактериальной флоры и лишь в 20–24 % случаев различными бактериальными микроорганизмами. Данная этиологическая структура возбудителей пневмонии диктует необходимость включения в состав комбинированной этиотропной терапии современных противовирусных препаратов.

СОЧЕТАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS

Чепель А.И., Елисеева Т.В., Мерзоева А.М., Скакунова Т.Ю.

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

Цель исследования: исследовать жировой, углеводный и липидный обмен, как проявления метаболического синдрома у больных ИБС в зависимости от принадлежности к разным фенотипам системы группы крови Lewis.

Сочетание факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, даже умеренно выраженных, обуславливает значительно более высокий суммарный риск, чем наличие одного даже высокого по уровню фактора риска. Поэтому метаболический синдром, включающий часто сочетающиеся у одного человека факторы риска – такие, как артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипопротеидемия, проявления инсулинорезистентности тканей в виде нарушенной толерантности к глюкозе или гиперинсулинемии, привлекает внимание кардиологов. Уровни суммарного риска развития ИБС, выявляемые при диагностике метаболического синдрома, увеличивают риск острых эпизодов ИБС в течение 10 лет до 24 – 48%, что определяет необходимость раннего выявления и коррекции каждого компонента, входящего в этот комплекс.

Нормативами ранних маркеров наличия метаболического синдрома являются: 1. сочетание АГ с избыточной массой тела, даже умеренно выраженной (индекс массы тела – ИМТ > 25 кг/м^2 и < 30 кг/м^2 при окружности талии >94 см у мужчин и > 80 см у женщин, что свидетельствует об абдоминальном отложении жира) или с выраженным ожирением (ИМТ > 30 кг/м^2) и хотя бы одним из проявлений даже умеренно выраженной изолированной гиперлипидемии (ХС > 5,0 ммоль/л или ТГ > 1,7 ммоль/л); 2. сочетание избыточной массы тела (ИМТ > 25 кг/м^2) с АГ и комбинированной дислипидемией (ХС > 5.0 ммоль/л, ТГ > 1,7 ммоль/л;. ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л); 3. сочетание СД 2 типа или НТГ с абдоминальным ожирением.

Материал и методы: были обследованы 92 мужчины в возрасте от 39 до 73 лет, страдающие ИБС. Больные распределились в за-

висимости от принадлежности к фенотипам системы группы крови Lewis на две группы: 71 пациент имел отрицательный фенотип Lewis, а 21 – фенотип Le B+. Эти группы достоверно отличаются по ИМТ: в первой группе средний ИМТ 28,7 (25,9 – 30,8) кг/м^2, во второй группе – 25,9 (23,9 – 27,5) кг/м2 ($p < 0,001$) и уровню сахара крови: в первой группе – средние значения 6,94 (4,5 – 5,5) ммоль/л, во второй – 5,14 (4,5 – 5,5) ммоль/л ($p < 0,001$). Средний уровень холестерина в первой группе выше, чем во второй: 5,75 (4,89 – 5,50) ммоль/л по сравнению с 5,24 (4,69 – 5,50) ммоль/л, но различия недостоверны ($p > 0,05$). Большинство больных обеих групп имеют артериальную гипертензию: 90 % в первой группе и 86 % во второй. Среди больных первой группы из 71 человека 43 человека (61 %) имеют метаболический синдром (т.е. сочетание факторов риска), среди больных второй группы лиц с метаболическим синдромом не выявлено. Различия между группами достоверны ($p < 0,001$).

Вывод: Выявлена четкая связь у больных ИБС между метаболическим синдромом и принадлежностью к отрицательному фенотипу Lewis. Метаболический синдром повышает риск сердечно-сосудистых осложнений до «крайне высокого». Принадлежность больного к отрицательному фенотипу Lewistребует четкого выявления факторов риска, более жесткой коррекции липидного и углеводного обменов, существенного снижения массы тела и достижение низких цифр целевого АД (< 130/80 мм рт.ст.). Коррекция компонентов метаболического синдрома будет улучшать отдаленный прогноз больных ИБС.

СРАВНЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Рубцов Ю.Е., Халимов Ю.Ш., Прохоров А.В., Яженок А.В., Гусев Р.В., Першко В.А.

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

Материалы и методы. Объектом ретроспективного анализа стали 673 историй болезни военнослужащих молодого возраста с внебольничной пневмонией, находившихся на лечении в ВМО МО РФ. Проводилось сравнение информативности шкал применяемых для оценки тяжести внебольничных пневмоний в первые сутки госпитализации.

Результаты. Установлено, что при использовании шкалы SMRT-

СО у лиц с тяжелым течением внебольничной пневмонии чувствительность и специфичность данной шкалы составила 80,65% и 92,03% соответственно. Площадь под кривой (AUC) составила 0,86.

При использовании шкалы ATS/IDSA 2007, у лиц с тяжелым течением внебольничной пневмонии чувствительность и специфичность данной шкалы составила 77,42% и 91,84% соответственно. При этом площадь под кривой (AUC) составила 0,75.

При использовании шкалы SCAP, у лиц с тяжелым течением внебольничной пневмонии чувствительность и специфичность составила 63,87% и 91,65% соответственно. При этом площадь под кривой (AUC) составила 0,70.

Выводы. Таким образом, при сравнении шкал оценки тяжести внебольничной пневмонии у военнослужащих молодого возраста установлено, что шкала SMRT-CO обладает наибольшей информативностью из сравниваемых шкал.

Для оценки тяжести внебольничных пневмоний у военнослужащих молодого возраста рекомендуется использовать шкалу SMRT-CO.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Салухов В.В., Вологжанин Д.А., Васильев Е.В., Ильинский Н.С., Слесарева Е.Г.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Введение. По сообщению Guh D.P. с соавт. ожирение связано с целым рядом патологий, включая диабет, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. В связи с этим вопросы профилактики и лечения ожирения становятся все более актуальными. В настоящее время бариатрические оперативные вмешательства (БОВ) являются наиболее эффективными средствами борьбы с ожирением (GloyV.L., etal., 2013).

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 50 пациентов, страдавших ожирением и перенесших 4-8 лет назад БОВ. В исследовании приняли участие 50 пациентов, из них 35 женщин и 15 мужчин, средний возраст 43,14 ± 9,76 лет (95% ДИ: 37,5;48,8). На момент операции средний возраст составлял 37,94±9,29 лет (95% ДИ: 35,07; 40,81). Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) выполнено 13 пациен-

там, лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) – 22 пациентам, лапароскопическое желудочное шунтирование (ЛЖШ) – 15 пациентам. Схематически выполненные операции представлены на рис. 1. По своему метаболическому эффекту ЛРБЖ и ЛПРЖ относят к операциям рестриктивного типа, а ЛЖШ и билиопанкреатическое шунтирование к БОВ мальабсорбтивного типа. В настоящем сообщении приводятся результаты анализа динамики антропометрических показателей. Математико-статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statisticaversion 10.0 (StatSoft, США) и MicrosoftExcel 2010 в операционной среде Windows-10, примялись непараметрические методы для сравнения связанных выборок (критерий знаков).

Результаты. Сравнительный анализ отдаленных результатов каждой из методик БОВ показал, что наиболее выраженный эффект в виде снижения массы тела (МТ) имеют операции мальабсорбтивного типа – ЛЖШ, – которые включают в себя гастроеюноанастомоз по Ру, мини-гастрошунтирование и билиопанкреатическое шунтирование. При выполнении ЛЖШ отмечалось снижение МТ в среднем на 42,17 (33,1 %, p=0,0117), ИМТ на 12,89 кг/м2 (29,48 %, p=0,0117). После ЛПРЖ регистрировалось уменьшение МТ на 35,52 кг (26,87 %, p=0,00005), ИМТ на 12,15 кг/м2 (26,46 %, p=0,00053). Наименьшее снижение МТ на 22,91 кг (19,4 %, p=0,015) и других антропометрических показателей отмечено у пациентов, которым выполнялось ЛРБЖ. Тем не менее зафиксированная динамика была статистически значимой. Аналогичное соотношение выявлено при анализе динамики других антропометрических показателей (окружности талии, бедер, их соотношения).

Обсуждение. В литературе представлены данные свидетельствующие о том, что результаты лечения морбидного ожирения с применением методики ЛРБЖ оказываются довольнопосредственными в отдаленном периоде (NeylanC.J. etal., 2016). Результаты нашего исследования также подтверждают этот тезис.

Таким образом установлено, что методики бариатрической хирургии являются наиболее действенными способами лечения ожирения. Отдаленные результаты ЛПРЖ и ЛЖШ доказывают их высокую эффективность не только в плане снижения МТ, но также и в улучшении показателей углеводного обмена, регрессе сопут-

ствующей патологических состояний, снижении рисков развития других заболеваний и их осложнений. Наиболее эффективными методиками БОВ являются шунтирующие операции (мальабсорбтивного типа).

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

Казакова Т.А., Головина Н.В.

Военно-медицинская академияимени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Малые аномалии развития сердца (МАС) – это большая гетерогенная группа аномалий, которые характеризуются анатомическими и морфологическими отклонениями от нормы структур сердца и сосудов. Данные о распространенности МАС неоднозначны, что обусловлено различными классификационными и диагностическими подходами. Генетики считают, что МАС занимают промежуточное положение между врожденными дефектами и конституциональными вариантами развития. Отграничение малых аномалий от многочисленных вариаций нормы представляет значительные трудности.

Цель исследования: изучение выявляемости МАС у военнослужащих по призыву по заключениям эхокардиографии (ЭХОКГ) в военном госпитале.

Материалы и методы.

Было обследовано 272 человека в возрасте 18-25 лет (военнослужащие по призыву с предварительным диагнозом нейроциркуляторная астения по кардиальному типу). Всем была выполнена ЭХОКГ.

Результаты.

У 76 пациентов (27,94%) выявлены малые аномалии сердца: пролапс митрального клапана – у 64 человек (23,52%), аномально расположенные хорды – у 12 человек (4,41%), дисфункция папиллярных мышц – у 14 пациентов (5,14%). Часто встречалось отсутствие деления на ряды хорд митрального клапана, сопровождавшееся пролабированием створок митрального клапана. Пролапс трикуспидального клапана – у 1 пациента (0,37%), бикуспидальный аортальный клапан – у 1 пациента (0,37%), аневризма межпредсердной перегородки – у 2 человек (0,73%).

По степени пролабирования чаще встречалась первая степень

- 54 человека, пролапс II степени выявлен у 10 человек. Чаще регистрируется изолированное пролабирование передней створки митрального клапана – 64 человека, в 1 случае отмечен пролапс обеих створок. В целом, частота встречаемости пролапса митрального клапана (23,52%) в нашей популяции значительно выше цифр Фраменгемского исследования (2,5%), и по данным российского исследования РЕПЛИКА, изучавших пациентов молодого возраста (студенты до 21 года не предъявляющие жалоб - 4,3%).

Вероятно, различие в цифрах связано с тем, что анализируемые нами данные были получены у молодых людей с клиническими проявлениями со стороны сердечно-сосудистой системы, что и обусловило их госпитализацию в госпиталь. Полученные результаты свидетельствуют, что МАС с клиническими проявлениями у военнослужащих по призыву встречается часто - в 27,94% случаев, что согласуется с данными других аналогичных исследований.

Выводы.

Учитывая возможность развития осложнений, связанных с МАС, в частности - пролапсом митрального клапана, необходимо проводить динамическое диспансерное наблюдение, начиная с постановки на воинский учет. Для улучшения диагностики различного рода аритмий у призывников с ПМК необходимо проведение суточного мониторирования ЭКГ. Наличие малых аномалий сердца необходимо учитывать при распределении призывников по специальности на призывном пункте.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Фролов Д.С., Салухов В.В., Шустов С.Б.

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

Цель: Оценить морфологию, систолическую и диастолическую функции миокарда у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС) и возрастным андрогенным дефицитом (ВАД).

Методы:Обследовано 87 мужчин с ИБС (средний возраст = 56 (53; 59) лет): у 42 из них (1 группа) был установлен ВАД, у 45 пациентов (2 группа) уровень тестостерона находился в пределах референсных значений. Верифицировали ВАД по снижению концентрации общего тестостерона менее 12 нмоль/л и/или свободно-

го тестостерона в сыворотке крови ниже 225 пмоль/л при наличии симптомов снижения андрогенов. Всем пациентам выполнялось эхокардиографическое исследование на ультразвуковом аппарате «AcusonSequoia – 512» (США). Количественные данные представлены как Me (25; 75%), где Me - медиана, 25; 75% - интерквартильный размах в виде 25% и 75% процентилей.

Результаты: Анализ эхокардиографических данных показал, что систолическая дисфункция (фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) менее 55%) встречалась значительно чаще в группе мужчин с ИБС и гипотестостеронемией по сравнению с больными коронарной болезнью сердца без ВАД (47,6 против 17,8% случаев; $p<0,05$) и составляла 54,8 (50,5; 59)%, что было существенно ниже, чем у лиц с ИБС без гипогонадизма ($p<0,01$).

Также было отмечено существенное возрастание у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й группой фронтального размера правого предсердия (47 (45; 49) против 45 (43; 47,4) мм; $p<0,05$), пиковой скорости трансмитрального кровотока в фазе позднего (Va) диастолического наполнения (0,77 (0,68; 0,98) против 0,7 (0,61; 0,82) м/с; $p<0,05$), с тенденцией к увеличению размеров всех полостей сердца, толщины задней стенки ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки, конечного диастолического объема, конечного систолического объема и массы миокарда ЛЖ ($p>0,05$). С помощью корреляционного анализа установлено, что снижение уровня андрогенов в крови обследованных ассоциируется со снижением ФВ ЛЖ ($p<0,01$) и увеличением вертикального размера предсердий ($p<0,05$). Полученные данные, вероятно, объясняются снижением анаболического эффекта тестостерона, который в норме, способствуют поддержанию нормальной геометрии сердца и препятствует быстрому прогрессированию кардиосклеротических изменений.

Выводы: Таким образом, гипотестостеронемия у мужчин с ишемической болезнью сердца по сравнению с пациентами без ВАД сопровождается более частым снижением фракции выброса левого желудочка, а также увеличением фронтального размера правого предсердия и пиковой скорости трансмитрального кровотока в фазе позднего диастолического наполнения. Между величиной фракции выброса и уровнями общего и свободного тестостерона выявлена статистически значимая прямая положительная связь.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Глухов И.А., Сердюков Д.Ю.

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

Цель исследования: Оценить морфофункциональное состояние сердца и прогнозируемый риск развития сердечной недостаточности у пациентов с различными формами фибрилляции предсердий.

Материал и методы: в клинике госпитальной терапии было проведено обследование и лечение 72 пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Изучен анамнез, физикальные, лабораторные и инструментальные данные, проведен математический расчет прогнозируемого риска сердечной недостаточности (ХСН). Были сформированы 2 группы: I – 44 пациента, имеющие пароксизмальную форму ФП; II – 28 пациентов с постоянной формой ФП. У пациентов, включенных в исследование, отсутствовали признаки ХСН по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Все пациенты получали стандартную гиполипидемическую (статины), антикоагулянтную терапию (варфарин), антигипертензивную (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) терапию; пациенты II группы с пульсурежающей целью принимали β-адреноблокаторы.

Результаты: По результатам эхокардиографического исследования у пациентов II группы были выявлены повышенные значения параметров: объём левого желудочка 108,1 ± 26,7 vs 93,4 ± 26,5 мл ($p>0,05$), объём левого предсердия 120,1 ± 38,2 vs 65,5 ± 16,5 мл ($p<0,001$). Фракция выброса у пациентов с постоянной формой ФП оказалась ниже, чем у пациентов с пароксизмальной формой: 54,5 ± 13,6 vs 60,6 ± 13,5% ($p>0,05$)

С помощью математического калькулятора в обеих группах для каждого пациента был рассчитан фактический и нормальный риск, а также отношение шансов (ОШ) развития ХСН при различных формах ФП

По результатам проведенных расчетов 10-летний риск развития ХСН оказался значимо выше у пациентов с постоянной формой ФП по сравнению с пациентами I группы: 57,8% vs 43,5% ($p=0,05$).

Для вычисления ОШ определялось значение отношения факти-

ческого риска ХСН к риску ХСН в когорте пациентов без ФП. ОШ ХСН в I группе составило 3,2±1,1, во II группе – 4,4±1,7 (p=0,032).

Вывод:У пациентов старших возрастных групп с постоянной формой фибрилляции предсердий отмечается значительный риск развития хронической сердечной недостаточности, обусловленной структурными и функциональными изменениями сердца, главным образом, предсердий.

При пароксизмальной форме фибрилляции предсердий определяется менее выраженное сердечно-сосудистое ремоделирование, что несколько снижает вероятность развития сердечной недостаточности при сравнении с хронической формой данной аритмии.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Куренкова И.Г., Добровольская Л.М.

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

Цель исследования: изучить основные показатели вентиляционной функции легких и газового состава крови у больных ожирением различной степени выраженности.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных ожирением (12 мужчин, 26 женщин) в возрасте от26 до 58 лет (средний возраст 40,4±1,2). Степень ожирения определяли по классификации ВОЗ с учетом индекса массы тела (ИМТ). Больные разделены на 3 группы: 1-ая группа (27 человек) с ожирением I степени (ИМТ 32,4±0,42), 2-ая группа (29 человек) с ожирением II степени (ИМТ 37,3±0,35), 3-я группа (25 человек) с ожирением III степени (ИМТ 45,9±1,5).

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствовали о прогрессирующем по мере нарастания массы тела ухудшении функции аппарата дыхания. Если при I степени ожирения жизненная емкость легких (ЖЕЛ) составляла 80,3±2,5% должной величины (Д), то у больных III степени она была равна 65,8±4,2% Д (различия статистически достоверны). На достаточно высоких цифрах сохранялась максимальная вентиляция легких (МВЛ): 100,4±6,3% Д; 89,3±5,0% Д; 89,6±4,4% Д при I, II и III степени ожирения. Высокие значения индекса Тиффно (отношения объ-

ема выдоха за 1 сек к жизненной емкости легких – ОФВ1/ЖЕЛ): 80,3±2,5%; 79,4±1,3%; 78,8±4,8% свидетельствовали о рестриктивном типе нарушений вентиляции. Незначительные нарушения бронхиальной проходимости выявлены всего у 2 больных. Об отсутствии альвеолярной гиповентиляции, свойственной больным с обструктивными или смешанными нарушениями функции аппарата дыхания, свидетельствовали нормальные значения напряжения углекислоты в артериальной крови: 38,0±1,1; 37,0±1,7; 39,7±1,4 мм рт. ст. соответственно при I, II и III степени ожирения. По мере прогрессирования ожирения развивалась гипоксемия: напряжение кислорода в артериальной крови (PaO2) уменьшалось от 82,0±2,7 мм рт. ст. при I степени ожирения до 74,0±4,3 мм рт. ст. при III степени; насыщение гемоглобина кислородом (HbO2) снижалось с 96,1±0,9% до 87,0±2,2%.

При изучении системной и легочной гемодинамики у больных ожирением выявлены гиперкинетический тип циркуляции, повышение среднего давления в аорте и легочной артерии. Обнаружена высокая корреляционная зависимость между параметрами, характеризующими гемодинамику малого круга кровообращения (среднее давление в легочной артерии, легочное сосудистое сопротивление) и величиной ЖЕЛ, а также уровнем гипоксемии. Последовательность легочно-сердечных расстройств при ожирении можно представить следующим образом. По мере нарастания массы тела происходит снижение легочных объемов, нарушается равномерность вентиляции, появляются гиповентилируемые участки легких. Наличие кровотока в плохо вентилируемых зонах приводит к гипоксемии, то есть главная причина гипоксемии у больных ожирением – нарушение вентиляционно-перфузионных отношений.

Выводы:

1. Для больных ожирением характерно снижение жизненной емкости легких при отсутствии обструктивных нарушений легочной вентиляции.
2. Нарушения газового состава крови больных ожирением характеризуется артериальной гипоксемией без гиперкапнии.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ягашкина С. И

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить частоту, интенсивность хронического болевого синдрома у больных с коморбидной патологией, находящихся на лечении по поводу прогрессирующей стенокардии.

Материал и методы. Применяли клиническое обследование и лечение в условиях кардиологического отделения, анализировали медицинские документы на догоспитальном этапе. Оценка хронической боли проводилась с использованием словесной рейтинговой шкалы, которая достаточно адекватно отражала субъективное восприятие боли и эффективность лечения. Составленная шкала состояла из 5 пунктов, в которой словесный последовательный ряд отражал нарастание болевого синдрома (слабая, беспокоящая, причиняющая страдания, очень сильная, мучительная). Опросник содержал блок социальных и личностных характеристик, нарушение сна. Анализировались и такие показатели, как возраст и продолжительность пребывания в блокадном Ленинграде. Виды хронической боли рассматривали по классификации Каменева Ю. Ф. (2004).

Всего обследовано 58 пациентов. Жителей блокадного Ленинграда в возрасте от 76 до 89 лет (средний возраст 82,7± 1,2 года). Женщин было 33, мужчин – 25. У всех больных диагностирована прогрессирующая стенокардия, гипертоническая болезнь у 49 больных, остеохондроз позвоночника у 58, плече-лопаточный периартрит у 22 больных, деформирующий артроз коленных у 28 - и тазобедренных суставов у 21 больного. Хронический болевой синдром у больных, находящихся на лечении в кардиологическом отделении был обусловлен сочетанием ишемической болезни с гипертонической болезнью, остеохондрозом позвоночника и болезнями суставов. Как правило, у одного больного выявлялось 3-4 болевых синдрома.

Полученные результаты. Основными хроническими болевыми синдромами были: головная боль, кардиалгия, боли в позвоночнике, боли в суставах верхних и нижних конечностей. Сочетания стенокардии и кардиалгии выявлено у 37 больных (женщин 32). По

субъективной шкале их относили к слабой в 46% случаев (27 больных), беспокоящей 38% (22 пациента) и реже 16% (9 больных) – к причиняющей страдания.

Головная боль половины больных оценивалась как слабая и беспокоящая, была связана с повышением артериального давления (АД).

Болевой синдром опорно-двигательного аппарата выявлен у всех больных, причем 44 пациента (76%) относили её к интенсивной, мучительной. Болевой синдром у двух третей наших больных находились в прямой зависимости от нарушения сна, уравновешенности и склонности к аффективным вспышкам.

Болевой синдром находился в зависимости от возраста больных в период блокады Ленинграда и был более выражен у тех, кому во время блокады было от 1 года до 5 лет.

Временной промежуток отсутствия боли после стационарного лечения была различной. У одной трети больных она составляла более одного года, у подавляющего большинства – от 1 до 6 месяцев.

Выводы. Хроническая боль у кардиологических больных, жителей блокадного Ленинграда с коморбидной патологией была, помимо основного заболевания (прогрессирующая стенокардия), ассоциирована с ГБ, поражением опорно-двигательного аппарата. Более интенсивный характер болевого синдрома отмечался при бессоннице, аффективных реакциях личности и возраста во время блокады (ранний детский возраст).

ХРОНОБИОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И СУТОЧНЫЕ РИТМЫ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА

Фишер А.М.[1], Яковлев В.А.[2], Куренкова И.Г.[2], Яковлев В.В.[2]

1- Филиал №3 ФГКУ 442 ВКГ, г. Выборг, 2 - Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург.

Цель исследования: изучить особенности и взаимосвязи функционального состояния дыхательной, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем у больных внебольничной пневмонией молодого возраста в различное время суток.

Материалы и методы. В процессе работы исследованы суточные

ритмы вегетативной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем у 55 молодых мужчин с внебольничной пневмонией. Использованы методы электрокардиографии, компьютерной спирографии и пневмотахографии. Для изучения вегетативной нервной системы использовали методы вариационной пульсометрии и термометрии. Наиболее информативными показателями, позволяющими оценивать состояние и характер вегетативного тонуса, оказались вариационный размах, амплитуда моды, индекс напряжения и их суточная динамика.

Результаты исследования. Выявлена отчетливая связь функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем с суточными ритмами вегетативного тонуса при различных степенях тяжести пневмонии. Так, у больных пневмонией легкой степени тяжести в период разгара заболевания функциональное состояние дыхательной системы патологически изменялось у лиц с вегетативным равновесием и находилось в диапазоне нормы у больных с умеренной и выраженной парасимпатикотонией. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы было изменено у больных с вегетативным равновесием, в то время как у больных с умеренной и выраженной парасимпатикотонией оно не отклонялось от нормы. При пневмонии средней степени тяжести в период разгара заболевания функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем было патологически изменено при всех типах суточного ритма вегетативного тонуса. У больных с вегетативным равновесием в большей степени отклонялись от нормы показатели функции внешнего дыхания, а у больных с умеренной и выраженной парасимпатикотонией - параметры сердечно-сосудистой системы. В период разрешения пневмонии только у лиц с умеренной и выраженной парасимпатикотонией происходило почти полное восстановление функционального состояния дыхательной системы, в то время как основные параметры сердечно-сосудистой системы оставались измененными. Наиболее выраженные изменения функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем определялись у больных пневмонией тяжелой степени при симпатикотоническом типе суточного ритма вегетативного тонуса и симпатическом преобладании. Оно характеризовалось увеличением частоты сердечных сокращений, повышенной лабильностью артериального давления, уменьшением сердечного выброса, повышением среднего давления в легочной артерии, на-

рушением бронхиальной проходимости, уменьшением жизненной емкости легких. В период разрешения пневмонии тяжелой степени отмечено восстановление функционального состояния дыхательной системы у больных с умеренной и выраженной парасимпатикотонией, значительное улучшение (до уровня «восстановления с дефектом») функционального состояния дыхательной системы у больных с симпатикотоническим типом суточного ритма вегетативного тонуса. Сохранялись нарушения бронхиальной проходимости и снижение жизненной емкости легких у больных с симпатическим преобладанием, что позволяет выделить этих больных в группу риска затяжного течения пневмонии.

Вывод: изучение суточной периодики вегетативного тонуса у больных пневмонией позволяет прогнозировать особенности состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем и наиболее оптимально планировать тактику ведения этих больных.

ЧАСТОТА НЕКОТОРЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Маковеева О.В., Колюбаева С.Н.,Черная М.Е.

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

Гипертоническая болезнь (ГБ) – наследственно обусловленное полигенное заболевание. Определены более 200 генов-кандидатов артериальной гипертонии (АГ). Генетический полиморфизм – это результат мутации, предполагающий замену одного нуклеотида на другой с появлением, так называемых точечных однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП). Полиморфизмы генов-кандидатов АГ приводят к изменениям в системах регуляции артериального давления (АД), метаболизме антигипертензивных лекарственных средств (ЛС). Связать развитие АГ с полиморфизмом какого-либо одного гена не удалось, а проведенные исследования привели к пониманию роли различных ассоциаций генетических полиморфизмов. Результаты изучения частоты ОПН при АГ у различных этносов разноречивы. К наиболее изученным относят гены системы цитохромов, в том числе CYP11B2 – ген цитохром 11b2 альдостерон-синтазы, гены ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), в том числе ген ангиотензин-превращающего фермента - ACE, ген ангиотензиногена (AGT), гены рецепторов ангиотензина 1 (AGTR1) и ангиотензина 2 (AGTR2). Полиморфизмы всех

этих генов доказано влияют на риск развития АГ и сердечно-сосудистых осложнений (ССО).Полиморфизмы гена GNB3 (гуанин-связывающего белка) ассоциированы с развитием АГ и снижением уровня ренина плазмы.Ген ADD1 кодирует альфа-субъединицу белка аддуцина, отвечающего за внутриклеточный транспорт ионов натрия и калия. Полиморфизм гена NOS3 (синтаза окиси азота) ассоциирован с развитием АГ, поражением коронарных сосудов, риском ССО.

Цель исследования: выявить частоту ОНП у пациентов с ГБ. С этой целью у 35 пациентов с ГБ I и II стадий (22 мужчины и 13 женщин) провели генетический анализ образцов крови на предмет наличия ОНП генов-кандидатов АГ. Забор периферической крови для определения ОНП производили в пробирки с ЭДТА. Исследованы полиморфизмы следующих генов: CYP11B2, AGT:704 T>C, AGT:521 C>T, AGTR1, AGTR2, ADD1, NOS3:786 T>C, NOS3:894 G>T, GNB3. ДНК выделяли с использованием наборов «ГС-Генетика» производства фирмы «ДНК-Технология», Россия. Амплификацию ДНК и детекцию сигнала определяли с помощью прибора «ДТ-lite» той же фирмы.

Результаты. У всех пациентов с ГБ выявлены от 3 до 8 ОНП исследуемых генов. Среднее число ОНП составило 5,1+1,01.Чаще всего встречался полиморфизм гена цитохрома CYP11B2 (в 94% случаев). Частота остальных изучаемых ОНП у пациентов оказалась следующей: AGT:704 T>C - 79%, AGTR2 - 67%, NOS3:786 T>C - 64%, AGTR1 - 55%, GNB2 - 45%, AGT:521 C>T - 39%, ADD1 - 30%, NOS3:894 G>T - 30%. Среди женщин чаще, чем у мужчин выявляли полиморфизмы AGT:704 T>C (в 1,2 раза), AGTR2 и NOS3:786 T>C (в 1,4 раза). Частота полиморфизма NOS3:894 G>T у мужчин встречалась в 1,7 раза чаще, чем у женщин. Пациенты, имеющие ОНП гена цитохрома CYP11B2, в 40% были гомозиготны. Гомозиготами по AGT:704 T>C оказались 66% больных, по AGTR2 - 27%, по NOS3:786 T>C - 33% больных. 29% пациентов оказались гомозиготами по трем ОПН (CYP11B2, AGT:704 T>C, AGTR2), а 14% - по четырем (CYP11B2, AGT:704 T>C, AGTR2, NOS3:786 T>C).

Таким образом, у пациентов с ГБ нами выявлены высокая частота ОНП генов-кандидатов АГ и их ассоциаций. Генетический анализ позволит не только улучшить понимание патогенеза эссенциальной АГ, но и индивидуализировать выбор ЛС с учетом генетических особенностей.

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Есина А.Л., Харитонов М.А.

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

В последние десятилетия в мире отмечается отчетливая тенденция к увеличению численности населения пожилого и старческого возраста. Внебольничная пневмония (ВП) у лиц старческого возраста и долгожителей представляет собой важную эпидемиологическую и клиническую проблему для здравоохранения всех стран мира.

Цель исследования: изучить характер патогенной флоры, вызвавшей ВП у лиц старческого возраста и долгожителей, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГБУЗ госпиталя для ветеранов войн Санкт-Петербурге. В зависимости от результатов исследования определить рекомендации по назначению антибактериальной терапии ВП для пациентов старческого возраста и долгожителей.

Материалы и методы: ретроспективное исследование историй болезней пациентов, получавших лечение по поводу ВП на пульмонологическом отделении в госпитале для ветеранов войн (СПб) в период 2013-2014 гг. Изучено 269 историй болезни, средний возраст пациентов – 83+0,5 лет. Гендерный состав: мужчины – 126 человек (47 % от общего количества), женщины – 143 больных (53% от общего количества). Этиологию заболевания определяли путём микробиологического исследования мокроты и промывных вод бронхов на флору и чувствительность к антибиотикам. Всего исследовано 239 образцов (88,8% случаев).

Полученные результаты: Выявлены следующие данные: Str. viridans в 102 случаях (42,7%); Streptococcus pneumonia в 28 случаях (11,7 %), роста микрофлоры не получено в 23 случаях (9,6%). Из них резистентные штаммы Streptococcus pneumonia – 3 случая (1,3%), Moraxella lacunata - 5 случаев (2.1%), Moraxela catarrhalis – 6 случаев (2,5%), Neiseria Flava, Neiseria Mucosa, Neisseria spp. - 5 случаев – (2.1%), Enterobacter aerogenosae - 9 случаев (3,8 %), Enterobacter cloacae – 3 (1.3 %), Enterococcus faecalis – 11 (4.6%). Резистентные

штаммы Enterococcus faecalis (0,8%), Enterobacter agglomerans – 3 (1.3%), Klebsiella Pneumonia - 7 (2.9%), Streptococcus bovis -4 (1.7 %), Streptococcus pyrogenes –в сочетании с Staphylococcus aureus + Candida (0.8%), Staphylococcus aureus – 4 (1.7 %) Резистентные штаммы Staphylococcus aureus – 2 (0,8%), Acinetobacter Iwoffii – 1 (0.4%), Acinetobacter Baumannii – 4 (1,6%). Резистентные штаммы Acinetobacter Baumannii (0,4%), Pseudomonas Putida – 2 (0.8%), Pseudomonas aeurogenosa - 6 (2.5%), Escherichia coli - 5 (2.1%). Резистентные штаммы Escherichia coli – 1 (0,4%), Staphylococcus Epidermidis - 6 (2.5%). Резистентные штаммы Staphylococcus Epidermidis (0,4 %), Serratia rubidaea - 1 (0.4%). Гемолитический стрептококк - 2 (0.8%). Всего резистентных штаммов от общего количества исследований было выявлено 4 %.

Заключение: Распределение возбудителей по эпидемиологическим показателям в процентном отношении, в основном, соответствует среднестатистическим данным. Обращают внимание случаи заболевания, вызванные микроорганизмами из группы энтеробактерий - 22 случая, что составило (9,3%.) от общего числа случаев. Энтеробактерии считаются неактуальной причиной развития ВП. Однако, роль возбудителей данной группы микроорганизмов, как этиологического фактора развития ВП, возрастает у пациентов с тяжелым коморбидным фоном. В итоге, пациентам старческого возраста и долгожителям с ВП при назначении антимикробной терапии следует учитывать не только предполагаемый этиологический фактор, но и принимать во внимание коморбидный фон и возможную резистентность микроорганизмов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДВОЙНОЙ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Харитонов М.А., Иванов В.В., Грозовский Ю.Р., Бабаков Н.В., Бутенко А.В.

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

Цель исследования: сравнить современные подходы к лечению хронической обструктивной болезни легких.

Методы исследования: провести сравнительный анализ научной литературы.

Результаты: на основании проанализированных медицинских и

литературных источников применение современных комбинированных длительно действующих β2-агонистов (ДДБА) и длительно действующих антихолинергических препаратов (ДДАХП) доказало свои преимущества, безопасность и эффективность. Длительно действующие бронходилататоры оказывают долгосрочный положительный эффект на функцию легких, уменьшают гиперинфляцию легких и одышку, повышают толерантность к физическим нагрузкам, улучшают качество жизни, а также снижают частоту обострений. Кроме того, бронхолитические препараты могут уменьшать ремоделирование малых дыхательных путей, возникающее под действием табачного дыма.

Новая комбинация ДДБА и ДДАХП достоверно улучшает вентиляционную проходимость бронхов независимо от того, получали больные ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) до или в период наблюдения, а также ДДБА и ДДАХ препараты до включения в исследования. Важно отметить, что улучшение функции легких на фоне терапии ДДБА/ДДАХ было еще более выраженным у пациентов со II стадией ХОБЛ, что подтверждает обоснованность раннего назначения комбинированной бронхолитической терапии пациентам с ХОБЛ.

Основными исследованиями, доказывающими клиническую эффективность комбинированной терапии являются WISDOM, TONADO, VIVACITO, LANTERN, FLAME и др., где показано, что именно сочетание ДДБА/ДДАХ в различных дозировках существенно увеличивало минимальный $ОФВ_1$ (до ингаляций) и максимальный $ОФВ_1$ (на пике действия препарата) при разработанной дозе. Приводятся средние данные, что минимальный $ОФВ_1$ увеличивался на 201 ± 15 мл, а максимальный $ОФВ_1$ – на 411 ± 16 мл. Эти изменения были статистически достоверны ($p < 0{,}0001$) как в сравнении с группой плацебо, так и в сравнении с монотерапией бронхолитиками длительного действия.

Выводы: Разработка, изучение и сравнение диагностических и лечебных методов ХОБЛ актуально в настоящий момент, так как заболеваемость и смертность от данной нозологической формы постоянно растёт.

Постоянно разрабатываются новые препараты, а также тестируются их комбинации, примером служит набирающая доказательную базу эффективность применения комбинации ДДБА и ДДАХП. И, наоборот, осторожность и строгость показаний к на-

значению ингаляционных и системных глюкокортикостероидов.

Доказан и необходим внимательный подход к дифференциальной диагностике БА и ХОБЛ. Обращает на себя внимание часто встречающийся синдром перекреста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких с необходимостью особого подхода при выборе терапии.

СОДЕРЖАНИЕ

ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, ПРОТЕКАЮЩИЙ ПОД МАСКОЙ СЕРОНЕГАТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
Шкодкин И.В., Ягашкина С.И. *5*

ДИАГНОСТИКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ
Филиппович А.Н. *10*

ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗНАЧИМОГО ПОРАЖЕНИЯКОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Ягашкина С.И. *17*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ
Шкодкин И.В, Батиевская Я.В., Ягашкина С.И. *21*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ВИРУСОМ ГРИППА А (H1N1/09) У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Иванов В.В., Салухов В.В., Харитонов М.А., Данцев В.В., Садыков Р.Р., Богомолов А.Б., Бутенко А.В. *28*

МЕХАНИЗМЫ РЕАКТИВНЫХ И НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ГИПОТАЛАМУСА КОШЕК – КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ИЗУЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС И ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ
Шкодкин И.В. *35*

ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЕ «МАСОК» ГЕТЕРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ
Шкодкин И.В. *41*

РОЛЬ ПРОКОЛЛАГЕНОВЫХ ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ В ГЕНЕЗЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
Щербакова К.А. *47*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Барсуков А.В.[1], Сеидова А.Ю.[2] *51*

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В-КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА
Салухов В.В., Шустов С.Б., Чумак Б.А., Ромашевский Б.В. *58*

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ
Цепкова Г.А., Вологжанин Д.А., Гайдук С.В., Першин В.Н., Говердовский Ю.Б., Бабак А.В. *65*

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
С.И. Лущинская *67*

БИОМЕХАНИКА ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСФУЗИИ УЛЬТРАФИОЛЕТОМ-ОБЛУЧЕННОЙ КРОВИ
Рамазанова К.А. *69*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОЗРАСТА И МАССЫ ТЕЛА С СОСТОЯНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
*Барсуков А.В., Ясеновец М.В., Анкуда К.В,, Нижегородцев М.Ю.** *70*

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕНАЛЬНЫХ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
*Барсуков А.В., Ясеновец М.В., Анкуда К.В., Нижегородцев М.Ю.** 71

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНЫХ РИТМОВ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Фишер А.М.[1], Яковлев В.А.[2], Куренкова И.Г.[2], Яковлев В.В.[2] 72

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАНЕНЫХ В ЛОКАЛЬНОМ ВООРУЖЕННОМ КОНФЛИКТЕ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ
Гайдук С.В., Гайдук В.А. 74

ВЛИЯНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ВНУТРИПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Нагибович О.А., Монако Г.О., Елисеева М.И. 75

ВЛИЯНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЕ НА ЗАПУСК ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС
Елисеева Т.В. 76

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Рамазанова К.А. 77

ВЛИЯНИЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К РАЗЛИЧНЫМ ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Чепель А.И., Елисеева Т.В., Карпович В.В., Скакунова Т.Ю. 78

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА
Салухов В.В., Шустов С.Б., Ромашевский Б.В. 79

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ IL-10 И TNF-A ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Гайворонский И.Н., Колюбаева С.Н., Халимов Ю.Ш., Каримова А.М. 81

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Казакова Т.А. 83

ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
Королев Б.Е.[2], Яковлев В.В.[1] 84

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
Леонтьев О.В., Акимов А.Г., Яремко В.И. 86

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Оракова Ф.Х. 87

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
Ковалевская Е.А., Баранов В.Л., Шустов С.Б. 88

ДИСБАЛАНС ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ И ЭТИОЛОГИИ
Харитонов М.А., Салухов В.В., Иванов В.В. 89

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Ягашкина С.И. *91*

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АРТЕРИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ МЕТОДОМ ПЕНАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Пугачев М.И.[2], Добровольская Л.М.[1], Куренкова И.Г.[1], Шустов С.Б.[1] *93*

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ
Богомолов А.Б., Казанцев В.А., Фроленко Е. П. *95*

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ, В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ СТАЦИОНАРЕ
Киреева Е.Б., Першко В.А., Рубцов Ю.Е., Гуськов А.С., Попов А.В. *96*

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ
Ковалевская Е.А., Сардинов Р.Т., ... *98*

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА
Власова-Розанская Е.В. *99*

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Богомолов А.Б., Николаев А.В., Иванов В.В. *102*

НАСЫЩЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Асямов К.В., Садыков Р.Р., Грозовский Ю.Р., Тамасханова М.М., Бурунчанова И.А. *104*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА
Харитонов М.А., Садыков Р.Р. *105*

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ МЕТОДОМ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА
Буркова Ю.С., Харитонов М.А. *106*

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Блэк М.С., Барсуков А.В., Казанцев В.А., Харитонов М.А. *108*

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ
Блэк М.С., Барсуков А.В. *110*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА
Губин В.Н.[1], Галомзик Н.С.[2], Заиченко В.М.[1], Кунаков Ю.И.[2], Жигулина А.И.[2] *111*

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНУЮ ПНЕВМОНИЮ
Харитонов М.А., Иванов В.В., Кицышин В.П., Шуленин К.С., Николаев А.В. *113*

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Сардинов Р.Т., Самойлов А.О. *114*

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Иванов В.В., Салухов В.В., Харитонов М.А., Данцев В.В., Бутенко А.В. *115*

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РАБДОМИОЛИЗОМ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ
Рудаков Ю.В., Шелухин В.А., Кан Е.А., Жанжаров К.В., Попов С.И., Минаков А.А. *117*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ
Коровкина Е.В., Ахмадуллина Г.И. *119*

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГИПОФИЗ-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Рубцов Ю.Е., Халимов Ю.Ш., Гайдук С.В., Орлов Ю.В. *120*

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Рубцов Ю.Е., Халимов Ю.Ш., Киреева Е.Б., Орлов Ю.В., Прохоров А.В. *121*

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАБОТАЮЩИХ НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ КОРРЕКЦИЯ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ
Киреева Е.Б., Гуськов А.С., Рубцов Ю.Е., Мартыненко К.Е. *122*

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА МЕТОДАМИ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
Салухов В.В., Вологжанин Д.А., Васильев Е.В., Ильинский Н.С., Слесарева Е.Г. *124*

ОЦЕНКА ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-МУЖЧИН В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ПОЯСОВ
Сердюков Д.Ю., Панова М.А., Игнатов О.Г., Перминов Д.Г., Козеродова К.С., Корнеев С.В, Тесленко А.А. *126*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОТДЕЛЬНО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ХОБЛ И ИБС
Буркова Ю.С., Харитонов М.А. *127*

ОЦЕНКА НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСТЕНТОВЫМИ КОРОНАРНЫМИ РЕСТЕНОЗАМИ
Кадин С.В., Артемьев С.А. *128*

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИСТЕНТОВЫМ РЕСТЕНОЗОМ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.
Кадин С.В., Аглиуллин А.Ф. *129*

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Оракова Ф.Х. ... *131*

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS
Чепель А.И., Елисеева Т.В., Скакунова Т.Ю., Мерзоева А.М. ... *132*

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ВТОРИЧНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Фролов Д.С., Салухов В.В. ... *133*

ПАРЦИАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Асямов К.В., Садыков Р.Р., Грозовский Ю.Р., Бурунчанова И.А., Тамасханова М.М. ... *135*

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ
Русаков В.Ф.[1], Федоров Е.А.[2], Саблин И.В.[2], Краснов Л.М.[2], Искандорова А.Р.[2] ... *136*

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНЕРТНЫХ ГАЗОВ
Пугачёв М.И.[2], Добровольская Л.М.[1], Куренкова И.Г.[1] ... *138*

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МУЖЧИН В УСЛОВИЯХ АРКТИКИ И УМЕРЕННЫХ ШИРОТ
Сердюков Д.Ю., Перминов Д.Г., Козеродова К.С., Игнатов О.Г., Корнеев С.В, Тесленко А.А. ... *140*

ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Асямов К.В., Садыков Р.Р., Грозовский Ю.Р., Тамасханова М.М., Бурунчанова И.А. ... *142*

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
Суржиков П. В., Кицышин В.П., Фролов Д.С., Локшина Т.Р. ... *143*

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МИОГЛОБИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ
Рудаков Ю.В., Шелухин В.А., Кан Е.А., Жанжаров К.В., Попов С.И., Минаков А.А. ... *144*

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЗА В ОРГАНИЗОВАННОМ ВОИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ
Данцев В.В., Иванов В.В., Карпущенко В.Г., Мучаидзе Р.Д. ... *146*

ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS
Сардинов Р.Т., Чепель А.И. ... *147*

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ПОЗДНИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНУЮ ПНЕВМОНИЮ
Иванов В.В., Харитонов М.А., Богомолов А.Б., Железняк И.С., Бутенко А.В. ... *148*

РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИТМА СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ
Суржиков П. В., Кицышин В.П., Локшина Т.Р. *150*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАБОТАЮЩИХ НА ОБЪЕКТАХ ХРАНЕНИЯ И УНИЧТОЖЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА
Киреева Е.Б., Гуськов А.С., Першко В.А. *151*

РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ И МЕХАНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Леонтьев О.В., Акимов А.Г., Душенин В.Г. *153*

СИСТЕМНАЯ И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ
Куренкова И.Г., Добровольская Л.М. *153*

СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Иванов В.В., Харитонов М.А., Данцев В.В., Грозовский Ю.Р., Бутенко А.В. *155*

СОЧЕТАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ФЕНОТИПАМ СИСТЕМЫ ГРУППЫ КРОВИ LEWIS
Чепель А.И., Елисеева Т.В., Мерзоева А.М., Скакунова Т.Ю. *157*

СРАВНЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Рубцов Ю.Е., Халимов Ю.Ш., Прохоров А.В., Язенок А.В., Гусев Р.В., Першко В.А. *158*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Салухов В.В., Вологжанин Д.А., Васильев Е.В., Ильинский Н.С., Слесарева Е.Г. *159*

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ
Казакова Т.А., Головина Н.В. *161*

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ
Фролов Д.С., Салухов В.В., Шустов С.Б. *162*

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Глухов И.А., Сердюков Д.Ю. *164*

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ
Куренкова И.Г., Добровольская Л.М. *165*

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Ягашкина С. И *167*

ХРОНОБИОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И СУТОЧНЫЕ РИТМЫ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА
Фишер А.М.[1], Яковлев В.А.[2], Куренкова И.Г.[2], Яковлев В.В.[2] *168*

ЧАСТОТА НЕКОТОРЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Маковеева О.В., Колюбаева С.Н.,Черная М.Е. *170*

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ
Есина А.Л., Харитонов М.А. *172*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДВОЙНОЙ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Харитонов М.А., Иванов В.В., Грозовский Ю.Р., Бабаков Н.В., Бутенко А.В. *173*

МОЛЧАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ–2017

Всероссийский междисциплинарный конгресс

Материалы конгресса

Подписано в печать 05.04.2017. Формат 60×84/16
Объем 11,5 печ. л. Тираж 200 экз. Заказ №738

Отпечатано в ООО «Павловское» ВОГ
Павловск, ул. Березовая 16/20