

Иркутский государственный медицинский университет
Министерство здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения Иркутска

СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Материалы III межрегиональной конференции



Иркутск
22–23 мая 2009 года

УДК 616.1-08

Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике. Сборник материалов III межрегиональной конференции.
Под ред. Ф.И.Беялова. Иркутск; 2009. 68 с.

© ИГМУ, 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	6
Безгин А.В., Михайлова Н.А., Тимонова А.Н., Медведева С.К., Князева Л.И. Особенности ремоделирования сердечно-сосудистой системы при сочетании артериальной гипертензии с ревматоидным артритом	6
Волобуева И.Н., Масалова Е.А., Горяйнов И.И., Феофанова Е.С., Князева Л.А. Эндотелиальная дисфункция и процессы ремоделирования сосудистого русла у больных артериальной гипертензией на фоне подагры.....	7
Дробот Е.В. Артериальная гипертензия и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: гемодинамический и вегетативный статус	8
Мадаева И.М., Мадаев В.В. , Колесникова Л.И., Долгих В.В. Этнические особенности нарушений сна у пациентов с артериальной гипертензией: пилотное исследование.....	9
Степченко М.А., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А., Черткова В.Н., Масалова Е.А. Параметры функционального состояния эндотелия сосудистого русла у больных артериальной гипертензией, обусловленной истинной полицитемией.....	10
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	15
Андриевская Т.Г., Ельницкая А.С. Случай тромбоза легочной артерии у пациентки с нестабильной стенокардией.	15
Беляева Ю.Б., Рахматуллов Ф.К. Кардиальные показатели на фоне лечения кордароном у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий при сочетании ишемической болезни сердца с эутиреоидным зобом	19
Делова М.А., Прасолов А.В., Москалюк М.И., Князева Л.А., Горяйнов И.И. Показатели эндотелиальной функции и жесткости сосудов у больных стабильной стенокардией напряжения с артериальной гипертензией.....	20
Рудакова Л.Е., Рахматуллов Ф.К., Бондаренко Л.А., Фаткаббаров М.Ф., Фаткаббарова А.М. Анализ случаев разрыва сердца в остром периоде инфаркта миокарда	22
Хамаева А.А. Клинико-функциональные связи у больных с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких.....	26
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ	29
Быкова Н.М., Сабурова А.Н., Букина Л.А., Варламова С.В., Навтанович Н.А., Шабанова О.Г. Состояние слизистой желудка у больных с декомпенсированным сахарным диабетом.....	29
Быкова Н.М., Сабурова А.Н., Варламова С.В., Навтанович Н.А., Шабанова О.Г., Букина Л.А. Влияние лечения заболеваний желудка на состояние углеводного обмена у больных сахарным диабетом	30
Делова М.А., Князева Л.А., Горяйнов И.И., Ивакин В.Е., Степченко М.А. Показатели упруго-эластических свойств артериального русла у больных стабильной стенокардией на фоне сахарного диабета 2 типа	32
Климова С.В. Оценка степени тяжести артериальной гипертензии и показателей липидного спектра крови на фоне субклинического гипотиреоза	33

Ульянова А.Е., Ярченкова Л.Л., Колпакова Е.Н. Изменения региональной гемодинамики в сосудах щитовидной железы и бассейне сонных артерий у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы.....	34
БОЛЕЗНИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	36
Дробот Н.Н. Эффективность лечения больных туберкулезом легких с сопутствующей патологией.....	36
Панкратова Л.Э, Липатова В.В., Кирбаева М. М. Характеристики течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов	37
Шевырталова О.Н., Мадаева И.М., Долгих В.В., Поляков В.М. Обструктивные нарушения дыхания во время сна и эссенциальная артериальная гипертензия у подростков: психофизиологические особенности	40
БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	41
Никитина А.К., Щербакова А.В.Скорость клубочковой фильтрации у больных хроническим лимфолейкозом.....	41
Пенчугова Е.В., Скочилова Е.Т. Функция почек у больных с нестабильной стенокардией	43
Соловьёв Д.А. Терапия хронической инфравезикальной обструкции при сопутствующей артериальной гипертензии	44
Соловьёв Д.А. Диагностика ранних стадий обструктивной уропатии при сочетании инфравезикальной обструкции и гипертонической болезни.....	45
ДРУГИЕ КОМОРБИДНЫЕ БОЛЕЗНИ	46
Белялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности	47
Бурмистрова Л.Ф., Шибаева Т.М. Влияние антагонистов кальция на трансмитральный диастолический поток крови при различных типах диастолической дисфункции левого желудочка.	53
Мальцева Л.Е., Ягудина Р.Н., Чайкисов Ю.С. Клинический случай внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больного высокого сердечно-сосудистого риска	54
Сущенко М.А., Козлова И.В. Клинические особенности патологии эзофагогастродуоденальной зоны при алкогольной болезни печени	56
Щербакова А.В., Дульский В.А., Федорова Е.А., Сараева Н.О. Уровень гемоглобина и скорость клубочковой фильтрации у больных множественной миеломой	46
ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ.....	57
Андриевская Т.Г. Балльно-рейтинговая оценка учебной деятельности студентов на кафедре факультетской терапии	57
Андриевская Т.Г. Балльно-рейтинговая оценка учебной деятельности студентов в европейских и американских университетах и в высших учебных учреждениях России.	60
Белялов Ф.И.Трудные вопросы медицинского образования.....	64

Предисловие

В практике врачей нередко встречаются сочетания нескольких заболеваний и синдромов у одного и того же пациента. Такие ситуации обусловлены как высокой распространенностью заболеваний, так и тесными патогенетическими взаимосвязями. Частота сочетанной патологии существенно нарастает с увеличением возраста пациентов.

Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при диагностике и выборе лекарственных средств. Препарат, эффективный при одном заболевании, может привести к существенному ухудшению сопутствующей патологии или, наоборот, хорошо помогает при обоих заболеваниях. Например, бета₂-агонисты могут повысить смертность у пациентов с бронхиальной астмой, особенно у молодых и без сопутствующей терапии кортикостероидами. С другой стороны, бета-адреноблокаторы предупреждают не только ишемию миокарда, но и мигренозные боли.

Существуют серьезные трудности как в диагностике, так и в лечении сочетанной патологии, связанные во многом с тем обстоятельством, что научные исследования обычно проводят в группах пациентов с исключением выраженных сопутствующих заболеваний. Поэтому, доказательная база для выбора эффективных лекарственных средств весьма ограничена и часто основана на мнении специалистов.

Вместе с тем, в последние годы в рекомендациях по диагностике и лечению наиболее распространенных заболеваний стали включать разделы, где обсуждаются особенности ведения сочетанной патологии. Правда качество информации порой существенно ниже, чем при описании изолированного заболевания.

Полагаем, что данное направление является одним из путей к объединению и синтезу знаний о заболеваниях человека, созданию целостной теоретической концепции и формированию нового уровня медицинской науки и практики.

Понимание важности данной проблемы, в первую очередь для практикующих врачей, слабая изученность многих сочетанных ситуаций и почти 20-летний интерес к данной проблеме способствовали формированию идеи и проведению серии тематических конференций. Надеемся, что сборник работ поможет научным работникам начать более интенсивное и систематическое изучение сочетанной патологии, а практикующим врачам оптимально вести пациентов в сложных ситуациях.

Конференции проводятся ежегодно, поэтому приглашаем научных работников и врачей различных медицинских специальностей к участию в конференциях и публикации работ.

Заведующий кафедрой факультетской терапии
Иркутского государственного медицинского университета,
профессор Ф.И.Белялов

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Безгин А.В., Михайлова Н.А., Тимонова А.Н., Медведева С.К., Князева Л.И. Особенности ремоделирования сердечно-сосудистой системы при сочетании артериальной гипертензии с ревматоид- ным артритом

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность исследования. В общей структуре смертности у больных ревматоидным артритом (РА) первое место занимает сердечно-сосудистая смертность. Кардиоваскулярная патология развивается у пациентов с РА значительно раньше, чем в популяции, и патогенетически связана как с ревматоидным воспалением (Насонов Е.Л., 2004). Причиной такой высокой сердечно-сосудистой летальности при РА является раннее, ускоренное развитие атеросклероза и артериальной гипертензии (АГ) (Насонов Е.Л., 2007, Лобанова О.С., 2007). Актуальность проблемы сочетания этих двух патологий заключается в том, что данная нозологическая комбинация во много раз увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений, приводит к ремоделированию сердца и сосудов, формированию кардиоваскулярного континуума.

Цель работы: изучение особенностей ремоделирования сердца и сосудов у больных АГ в сочетании с РА.

Материалы и методы исследования. Обследовано 62 больных (женщин) АГ II стадии, 2 степени на фоне РА II ст. активности, серопозитивного, I-II стадии. Группу сравнения составили 40 больных АГ без РА. Все обследованные были сопоставимы по полу и возрасту.

Морфофункциональные параметры сердца изучали методом эхокардиографии по стандартной методике. Методом доплерэхографии оценивали толщину комплекса интима медиа общих сонных артерий (КИМ ОСА).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением статистических программ «Statistica».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) был достоверно выше при сочетании АГ и РА в сравнении с данным показателем у больных АГ ($112,6 \pm 2,9$ г/м² и $150,1 \pm 3,6$ г/м² соответственно). Определены также достоверные различия в характере ремоделирования ЛЖ в группах обследованных больных. При сочетанной патологии доминировал эксцентрический тип гипертрофии ЛЖ (у 50% больных), у 4,8% больных имела место нормальная геометрия ЛЖ, концентрическая гипертрофия ЛЖ определена у 36,5%, концентрическое ремоделирование у 9,7% пациентов. У больных АГ II ст. преобладала концентрическая гипертрофия ЛЖ (у 35% больных), эксцентрическая гипертрофия установлена у 20% пациентов, нормальная геометрия ЛЖ – у 45% больных.

Таким образом, в отличие от больных АГ геометрическая адаптация миокарда к повышенному АД у больных с сочетанием АГ и РА осуществляется преимущественно путем формирования эксцентрической ГЛЖ, которая ассо-

цируется с высоким кардиоваскулярным риском. Также у больных с сочетанной патологией показатели трансмитрального диастолического потока (Е/А – $0,85 \pm 0,05$; ВИР – $86,7 \pm 3,1$ мс) были существенно ниже, чем у больных с АГ (Е/А – $1,13 \pm 0,07$; ВИР – $94,3 \pm 3,9$ мс). Толщина КИМ ОСА у больных сочетанной патологией была достоверно большей в сравнении с показателями у больных АГ и составила соответственно $0,88 \pm 0,04$ мм и $0,81 \pm 0,03$ мм для правой ОСА и $0,93 \pm 0,4$ мм и $0,78 \pm 0,03$ мм - для левой ОСА.

Таким образом, проведенные исследования показали, что сочетание АГ и РА характеризуется достоверно большей выраженностью процессов ремоделирования сердечно-сосудистой системы в сравнении с показателями у больных АГ.

Волобуева И.Н., Масалова Е.А., Горяйнов И.И., Феофанова Е.С., Князева Л.А. Эндотелиальная дисфункция и процессы ремоделирования сосудистого русла у больных артериальной гипертензией на фоне подагры

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность исследования. Подагра в настоящее время рассматривается как одна из актуальных проблем медицины (Terkel taub R.A., 2001), поскольку ее особенностью является частое сочетание с артериальной гипертензией (АГ), метаболическим синдромом, для которых характерен высокий риск кардиоваскулярных осложнений (Ильина Е.В., 2006). АГ встречается примерно у 80% больных подагрой. Получены убедительные данные о патофизиологическом значении эндотелиальной дисфункции в развитии АГ. Нарушения функционального состояния эндотелия являются наиболее ранним, а, следовательно, и потенциально обратимым механизмом поражения артериального русла. В этой связи представляет интерес изучение взаимосвязи между показателями эндотелиальной функции и ремоделирования сосудистого русла при сочетании АГ и подагры.

Цель работы: изучение функционального состояния эндотелия и ремоделирования сосудистого русла у больных АГ, ассоциированной с подагрой.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 больных (мужчин) АГ, II ст., 2 ст., ассоциированной с подагрой в возрасте $46,3 \pm 4,2$ года. Группу сравнения составили 30 больных ГБ II ст. 2 ст. без признаков подагры, группу контроля – 20 здоровых доноров. Все обследованные пациенты были сопоставимы по полу и возрасту. Подагра диагностирована по критериям Wallace S., 1977. Все обследованные больные подагрой были в межприступном периоде. Уровень эндотелина-1 (ЭТ-1), фактора Виллебранда (фВ) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Толщина комплекса интима медиа (КИМ) общих сонных артерий (ОСА) исследовалась доплерэхографическим методом. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica».

Результаты и их обсуждение. У больных АГ определено повышение содержания в сыворотке крови ЭТ-1 ($48,4 \pm 1,3$ нг/л, $p < 0,05$) и фВ – $158,6 \pm 1,8\%$. Сопоставление полученных данных с аналогичными показателями в группе больных АГ, ассоциированной с подагрой, показало достоверно более высокие концентрации ЭТ-1 ($76,8 \pm 1,6$ нг/л) и фВ ($179,1 \pm 3,3\%$). Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем ЭТ-1 и фВ при сочетанной патологии ($r = 0,53$, $p < 0,05$). Изучение КИМ ОСА у больных АГ, ассоциированной с подагрой, установило достоверно большую ее толщину ($1,0 \pm 0,05$ мм) в сравнении с контролем ($0,72 \pm 0,05$ мм) и больными АГ без подагры ($0,85 \pm 0,03$ мм). Определена статистически значимая корреляционная зависимость между концентрацией в сыворотке крови ЭТ-1, фВ и толщиной КИМ ОСА у больных АГ на фоне подагры ($r = 0,53$; $r = 0,49$ соответственно).

Таким образом, проведенное исследование показало, что наличие у больных АГ подагры, сопровождается развитием более выраженных функциональных расстройств эндотелия сосудов и степени ремоделирования артериального русла в сравнении с АГ без нарушений пуринового обмена.

Дробот Е.В. Артериальная гипертензия и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: гемодинамический и вегетативный статус

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Одну из важнейших ролей в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) отводят симпатической гиперактивности, ведущей к повышению АД, к развитию и прогрессированию гипертрофии левого желудочка. Но зачастую АГ сочетается с другими заболеваниями внутренних органов, например с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) при которой также наблюдается симпатикотония.

Цель исследования изучить особенности центральной гемодинамики (ЦГ), регионарного внутрипечёночного кровотока (Q), удельного кровотока брюшной области (УОКбр) и характер вегетативной регуляции (ВР) у больных ЯБДК в динамике (до и после курсового лечения). А также оценить степень выраженности симпатических влияний на гемодинамику при обострении ЯБДК.

Обследовано 85 больных ЯБДК в фазе активной дуоденальной язвы в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст $38 \pm 5,6$ лет) и 40 практически здоровых молодых людей – контрольная группа (КГ). Методом тетраполярной реографии изучали параметры ЦГ и регионарного кровотока, о характере вегетативной регуляции судили по результатам вариационной пульсометрии – рассчитывали индекс вегетативной регуляции. Исследования проводили утром, натощак до начала лечения и через 4 недели после стандартной курсовой противоязвенной терапии (тройная схема).

Полученные исходные данные показали, что у больных ЯБДК в период обострения наиболее часто встречался гиперкинетический тип кровообращения - у 63 человек (74,1%), у 15 (17,6%) был выявлен эукинетический тип и у 7 человек (8,2%) гипокинетический. Кроме того, было установлено, что 37 больных ЯБДК с гиперкинетическим типом кровообращения (58,7%) страдали по-

вышенным артериальным давлением. Также величина Q в среднем на 118% превышала таковую в КГ, а УОКбр наоборот, в среднем 49,1% был ниже таковой в КГ. При этом, выраженная симпатикотония была характерна для 59 (69,4%) больных ЯБДК причём из них 34 (57,6%) больных имели АГ.

По истечении срока лечения по мере стихания обострения (в стадии белого рубца) среди обследованных больных ЯБДК гиперкинетический тип кровообращения встречался уже только у 27 человек (в 31,7%) против 63 больных до лечения. Превалировал эукинетический тип кровообращения – у 49 человек (57,6). Что касается Q, то на фоне лечения он в среднем на 33,9% был ниже исходного, а УОКбр превышал исходную величину в среднем на 23,2% приближаясь к таковым величинам в КГ. Кроме того, преобладание симпатической активности было выявлено только у 31 человека (в 36,4%) против 59 больных обследованных в период обострения заболевания.

Таким образом, у больных ЯБДК с сопутствующей артериальной гипертензией в период обострения заболевания необходимо проводить контроль состояния параметров ЦГ и регионарного кровотока в связи с преобладанием гиперкинетического типа кровообращения при значительном снижении величины УОКбр и сопровождающей этот период симпатикотонии.

Мадаева И.М., Мадаев В.В., Колесникова Л.И., Долгих В.В. Этнические особенности нарушений сна у пациентов с артериальной гипертензией: пилотное исследование

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутский Государственный медицинский университет, Иркутск

Введение Состояние сна является неотъемлемой частью человеческого существования, и его расстройства отражаются на всех сферах жизнедеятельности человека. По данным ряда исследователей, неудовлетворенность качеством своего сна встречается у 28-45% популяции и требуется активная тактика лечения. Наиболее распространенной патологией из всех нарушений сна является синдром обструктивного апноэ сна, а его сочетание с артериальной гипертензией было обнаружено у 70-90% лиц с повышением АД (по данным Guilleminault и соавт., 1998). Однако, исследования были проведены у лиц европейской популяции, а изучение распространенности сочетания нарушений дыхания во время сна и артериальной гипертензии в зависимости от этнической принадлежности, ранее не проводилось.

Целью нашего исследования явилось: выявить распространенность нарушений сна у пациентов с артериальной гипертензией русской и бурятской популяции.

Методы исследования: анкетирование с помощью специализированного опросника сна, разработанного Стэнфордским центром исследования сна и опросника Эпфорта, общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД (СМАД), полисомнографическое (ПСГ) исследование по стандартной методике.

Результаты: Проведено анкетирование у 125 пациентов русской и бурятской популяции с верифицированным диагнозом АГ и подобранной антигипотензивной терапией. Возраст исследуемых 40 - 60 лет, из них 62 пациента (49,63%) - русской популяции и 63 – бурятской национальности (50,37%). Выявлено, что проблему, связанную со сном оценивают как тяжелую- 23, 8% мужчин бурятской и 14, 6 % - русской национальности. Процент женщин, оцениваемых проблемы со сном как выраженные, значительно меньше, однако тенденция сохранения этнической дифференцировки остается (7,2% и 1,8 % соответственно). Проведенное полисомнографическое исследование показало, что в структуре нарушений сна у пациентов с АГ синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) средней и тяжелой степени выявлено у 58% , из них- 35% составляют лица бурятской национальности и 23% - русской, инсомнии- 17 и 13% соответственно, и удельный вес 5 и 7% - другие проблемы, связанные со сном (синдром беспокойных ног, нарушение REM- поведения и др.). Артериальная гипертензия в сочетании СОАС средней и тяжелой степени вызывала трудности в подборе гипотензивной терапии: отмечается отсутствие эффекта антигипотензивной терапии на профиль АД во время сна по результатам СМАД. Устранение эпизодов апноэ, и соответственно, уменьшение индекса апноэ и устранение гипоксии, возникающих у пациентов с СОАС методом CPAP- терапии приводит к снижению уровня АД и значительному улучшению профиля АД в ночные часы.

Заключение: Проведенное исследование позволяет сделать вывод о распространенности нарушений сна у больных АГ. По данным анкетирования выявлена этническая дифференциация с преобладанием СОАС у лиц бурятской популяции, что можно объяснить анатомо- конституциональными особенностями. Подбор антигипотензивной терапии у пациентов с АГ должен учитывать наличие нарушений дыхания во время сна, а в случае выявления СОАС, подбор CPAP- терапии. Данное исследование является пилотным и требует дальнейшего изучения.

**Степченко М.А., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Князева Л.А.,
Черткова В.Н., Масалова Е.А. Параметры функционального состояния эндотелия сосудистого русла у больных артериальной гипертензией, обусловленной истинной полицитемией**

Курский государственный медицинский университет, Курск

Истинная полицитемия (ИП) - системное заболевание крови, однако, по характеру и частоте осложнений, по праву рассматривается, как сердечно-сосудистая патология (Волкова М.А., 2007; Воробьев А.И., 2003; Druker D.J. et.al., 2001).

Поскольку, благодаря достижениям современной терапии, медиана продолжительности жизни больных истинной полицитемией приблизилась к популяционной, кардиоваскулярные осложнения вышли на первый план в качестве

одной из основных причин инвалидизации и преждевременной смерти, определяя прогноз у данной категории больных.

Наиболее частым проявлением патологии сердечно-сосудистой системы у больных истинной полицитемией является артериальная гипертензия (АГ), которая встречается примерно у 60%-80% больных (Мартынов А.И. и соавт., 2004; Nielsen S. et al, 1999) и возникает на любом этапе заболевания, включая период клинико-гематологической ремиссии (Завьялова А.И., 2004; Venegoni P., 1994). С одной стороны, нарушение реологических свойств крови, увеличение объема циркулирующих эритроцитов, повышение гематокрита, вязкости крови, изменения тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза способствуют формированию артериальной гипертензии при истинной полицитемии. С другой, сама артериальная гипертензия является независимым фактором риска возникновения тромботических и цереброваскулярных осложнений, вызывая нарушения морфологии и функции эндотелия, что ухудшает прогноз и отягощает течение артериальной гипертензии при истинной полицитемии (Бабак О.Я. с соавт., 2004; Hills J. et. al., 2002).

При этом следует отметить, что характеристика показателей, определяющих функциональное состояние эндотелия сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией на фоне истинной полицитемии, является практически не изученной проблемой, что затрудняет разработку дифференцированных подходов к терапии данной патологии.

Цель работы: изучение функционального состояния эндотелия сосудистого русла у больных артериальной гипертензией, обусловленной истинной полицитемией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 188 больных АГ II ст., обусловленной ИП, из них 86 женщин и 102 мужчины в возрасте от 39 до 64 лет (средний возраст обследованных составил $56,4 \pm 4,34$ года) (табл. 1). Клиническая характеристика больных представлена в таблице 1. Основную группу больных составили пациенты АГ II ст. на фоне ИП различной тяжести и длительности. У 60 больных ИП имела место начальная стадия ИП, у 128 - эритремическая стадия, из них у 64 пациентов определена эритремическая стадия ИП с миелоидной метаплазией селезенки. Длительность течения ИП у обследуемого контингента колебалась от 1 года до 15 лет.

Группу сравнения составили 34 больных АГ II ст., группу контроля - 30 здоровых доноров. Опытная, контрольная и группы сравнения были сопоставимы по возрастным половым признакам, степени АГ.

АГ определяли по классификации Европейского общества кардиологов (2007)/ Всероссийского научного общества кардиологов (2008). Диагноз ИП устанавливали согласно критериям ВОЗ (2001).

Критериями исключения пациентов из исследования явились: артериальная гипертензия I, III ст. на фоне ИП, все виды симптоматических гипертензий, обострение ИП, ИБС, сахарный диабет, ХСН выше II ФК по NYHA, воспалительные заболевания любой локализации.

Базисная терапия больных ИП включала комбинацию средств циторедуктивной терапии (гидроксимочевина) с кровопусканиями, а также дезагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота).

Таблица 1

Клинико-anamнестическая характеристика обследованных больных.

Клинико-anamнестическая характеристика	Данные
Число наблюдений	188
Мужчины	86
Женщины	102
Средний возраст (лет)	56,4±4,34
Уровень АД	САД 170±5,4 мм.рт.ст. ДАД 105±3,4 мм.рт.ст.
Длительность течения артериальной гипертензии Пст.	7,8±1,2
Выраженность ГУ:	
низкая (<420 мкмоль/л);	76
умеренная (420-520 мкмоль/л);	38
высокая (>520 мкмоль/л)	74
Дислипидемия (кол-во человек)	86

Примечание: ГУ – гиперурикемия.

Количество десквамированных эндотелиоцитов в крови определяли по методу Hladovec J., (1978). Метод основан на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами с последующим осаждением тромбоцитов с помощью аденозиндифосфата (АДФ). Определение уровня эндотелина-1 в образцах проводили методом для радиоиммунного анализа (Amersham Pharmacia Biotech, США). Фактор Виллебранда в сыворотке крови оценивали иммуноферментным методом на анализаторе «Vidas» («Vivaх», Франция).

Изучение содержания продуктов перекисного окисления липидов в плазме проводили при помощи реактивов для определения ТБК-активных продуктов (фирма «Агат-Мед», г. Москва, Россия) спектрофотометрическим методом.

Оценка липидного спектра крови включала определение общего холестерина, холестерина ЛПНП и ЛПВП и триглицеридов (реактивы фирмы «Ольвекс Диагностикум», Санкт-Петербург, Россия). ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП определяли на основании расчетных формул.

Определение эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии проводили по методу О.В. Ивановой с соавт. (1998).

Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0 for Windows.

Результаты исследований и их обсуждение. При оценке вазорегулирующей функции эндотелия в обследованных группах получены следующие результаты. Степень эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) у больных АГ на фоне начальной стадии ИП была достоверно ниже показателей контрольной группы и группы сравнения. Данные показатели соответственно составили 4,6±1,3%, 10,6±2,1%, 6,3±0,7%. У пациентов АГ на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки относительное расширение плечевой артерии было наименьшим (2,9±0,3%, p<0,05) в сравнении с величиной ЭЗВД в других группах обследованных. При изучении вазорегулирующей

функции эндотелия у больных АГ с различной длительностью ИП, минимальное значение ЭЗВД установлено у больных АГ с анамнезом ИП более 10 лет ($2,6 \pm 0,3\%$, $p < 0,05$). По данным литературы (Затейщикова А. А. с соавт., 1998), нормальной реакцией плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией считается вазодилататорный ответ более 10%; вазодилатация менее 10%, а также парадоксальная вазоконстрикция свидетельствуют о нарушении сосудодвигательной функции эндотелия. В настоящем исследовании, ЭЗВД более 10% не была зарегистрирована ни у одного больного АГ на фоне ИП, что свидетельствует о наличии у данной категории больных сосудодвигательной дисфункции. В зависимости от величины ЭЗВД (О.В. Иванова с соавт., 1998), все обследованные были рандомизированы на 3 группы: с I степенью вазорегулирующей дисфункции (ЭЗВД 9-7,5%) – 60 человек (32%), со II степенью (ЭЗВД 7,5-3%) – 64 больных (34%), 64 пациента (34%) - с III - IV степенью вазорегулирующей дисфункции (ЭЗВД 3,0-2,0%).

Для оценки функционального состояния эндотелия сосудистого русла, наряду с ЭЗВД, проведено определение количества циркулирующих десквамированных эндотелиальных клеток (ЦЭК), уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и фактора Виллебранда (фВ) в плазме крови обследованных больных.

Результаты исследования показали повышение содержания ЭТ-1 и ЦЭК в сыворотке крови больных АГ на фоне ИП в сравнении со здоровыми и больными гипертонической болезнью (табл.2). В группе пациентов с III – IV степенью эндотелиальной дисфункции (ЭД) отмечены достоверно более высокие уровни эндотелинемии и эндотелиоцитемии. Выявлена большая интенсивность десквамации эндотелия ($24,8 \pm 1,2$ кл/мкл, $p < 0,01$), гиперпродукция ЭТ – 1 ($92,4 \pm 1,2$ нг/л, $p < 0,01$) у больных АГ с длительностью ИП более 10 лет. Установлен достоверно более высокий уровень фВ в сыворотке крови больных АГ, обусловленной начальной стадией ИП с признаками легкой степени ЭД, в сравнении со здоровыми и группой сравнения (табл. 2).

Таблица 2

Содержание циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов, эндотелина-1 и фактора Виллебранда у больных АГ, обусловленной ИП в зависимости от степени нарушения эндотелиальной функции.

№ п/п	Группы обследованных	N	ЦЭК (кл/мкл)	ЭТ-1 (нг/л)	фВ (%)
1.	Контроль	30	$3,4 \pm 0,5$	$14,36 \pm 0,58$	$106,1 \pm 1,5$
2.	Больные АГ II ст.	34	$6,6 \pm 0,7$	$48,42 \pm 1,3^{*1}$	$158,62 \pm 1,96^{*1}$
3.	Больные АГ+I ст. ЭД на фоне I ст. ИП	60	$9,4 \pm 0,9^{*1}$	$59,8 \pm 1,2^{*1,2}$	$166,2 \pm 2,07^{*1,2}$
4.	Больные АГ+ II ст. ЭД на фоне ПА ст. ИП	64	$14,8 \pm 1,5^{*1-3}$	$76,8 \pm 1,6^{*1-3}$	$179,1 \pm 2,03^{*1,2,3}$
5.	Больные АГ+III-IVст. ЭД на фоне ИБ ст. ИП	64	$19,9 \pm 1,2^{*1-4}$	$89,9 \pm 1,7^{*1-4}$	$188,2 \pm 1,66^{*1,2,3}$

Примечание: - * - отмечены достоверные различия средних арифметических ($p < 0,05$), цифры рядом со звездочкой – по отношению к показателям какой группы эти различия достоверны.

При оценке содержания фВ в зависимости от тяжести ЭД выявлено, что наибольший его уровень имеет место при III-IV ст. ЭД у больных АГ на фоне II Б ст. ИП с миелоидной метаплазией селезенки. Максимальная концентрация фВ в сыворотке крови определена у больных АГ при длительности течения ИП более 10 лет ($196,3 \pm 12,4\%$, $p < 0,01$).

Проведение корреляционного анализа позволило установить наличие прямой корреляционной взаимосвязи между концентрацией ЦЭК и количеством эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в периферической крови ($r=0,62$, $p < 0,05$; $r=0,68$, $p < 0,05$; $r=0,53$, $p < 0,05$ соответственно); сывороточной концентрацией ЭТ-1 и количеством эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов в периферическом кровотоке ($r=0,48$, $p < 0,05$; $r=0,79$, $p < 0,01$; $r=0,53$, $p < 0,05$ соответственно). Выявлено наличие прямой корреляционной связи между уровнем фВ в сыворотке крови больных с сочетанной патологией и содержанием эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов в периферической крови ($r=0,64$, $p < 0,05$; $r=0,68$, $p < 0,05$; $r=0,53$, $p < 0,05$ соответственно). Обратная зависимость установлена между величиной ЭЗВД и количеством эритроцитов в периферической крови ($r = -0,68$, $p < 0,05$) при АГ, обусловленной ИП, что свидетельствует о патогенетической значимости панцитоза в развитии ЭД у больных АГ на фоне ИП. Поскольку панцитоз сопровождается усилением адгезии и агрегации клеток крови при АГ на фоне ИП, приводит к увеличению напряжения сдвига на эндотелий и может служить дополнительным фактором в инициации апоптоза эндотелиоцитов, и как следствие способствовать прогрессированию ЭД.

Известно, что окислительный стресс рассматривается в качестве одного из основных механизмов развития дисфункции эндотелия (Ланкин В.З. и соавт., 2000; Марков Х.М., 2005). Поэтому проведена оценка содержания конечных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови пациентов АГ и ИП. У больных АГ на фоне ИП наблюдалось статистически более высокое содержание конечных продуктов ПОЛ: малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) в сравнении с группой контроля и сравнения. Данные изменения нарастали параллельно с увеличением степени ЭД, тяжести и длительности ИП. Наибольшая активность ПОЛ определена у больных АГ при длительности ИП более 10 лет с признаками ЭД III-IV степени (МДА - $8,2 \pm 0,2$ мкмоль/л; ДК - $8,24 \pm 0,3$ мкмоль/л, $p < 0,05$).

Поскольку, у 86 обследованных больных артериальной гипертензией на фоне истинной полицитемии, было выявлено наличие изменений липидного спектра крови, проведена оценка влияния данного фактора сердечно-сосудистого риска на показатели функционального состояния сосудистого эндотелия у больных АГ на фоне ИП. У больных с дислипидемией определены достоверно более высокие уровни ЦЭК, ЭТ-1, фВ и меньшее значение ЭЗВД (ЦЭК – $19,98 \pm 1,8$ кл/мкл, $p < 0,05$; ЭТ-1 – $93,6 \pm 1,9$ нг/л, $p < 0,05$; фВ – $188,6 \pm 14,0\%$, $p < 0,05$; ЭЗВД – $3,2 \pm 0,6\%$, $p < 0,05$ соответственно) в сравнении с группой больных с нормальным липидным спектром крови.

Известно, что с наличием классических факторов риска связывают не более половины случаев развития кардио-васкулярных осложнений. В настоящее время дискутируется роль гиперурикемии, как фактора риска сердечно-сосудистой патологии (Кобалава Ж.Д. с соавт., 2003). Поскольку, для большинства больных ИП характерно наличие гиперурикемии, проведена оценка ее значимости в развитии ЭД у больных АГ на

фоне ИП. Установлено, что наиболее высокая эндотелинемия, эндотелиоцитемия, активность фВ и минимальная величина ЭЗВД имеют место в группе больных АГ и ИП с высокой гиперурикемией (ЭТ-1 – $95,2 \pm 1,4$ нг/л, $p < 0,01$; ЦЭК – $22,4 \pm 1,2$ кл/мкл, $p < 0,01$; фВ – $194,2 \pm 12,4\%$, $p < 0,01$; ЭЗВД – $2,24 \pm 0,2\%$, $p < 0,01$ соответственно).

Таким образом, у больных артериальной гипертензией, обусловленной истинной полицитемией, имеет место эндотелиальная дисфункция, характеризующаяся нарушением вазорегулирующей функции эндотелия сосудов, увеличением сывороточного содержания фактора Виллебранда, эндотелина-1, циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов, более выраженная, чем у больных гипертонической болезнью, прогрессирующая параллельно с тяжестью и длительностью истинной полицитемии. Наибольшая степень функциональных расстройств эндотелия сосудистого русла определяется у больных артериальной гипертензией на фоне II Б стадии истинной полицитемии с миелоидной метаплазией селезенки, длительностью болезни более 10 лет. При артериальной гипертензии, обусловленной истинной полицитемией, имеет место прямая корреляционная зависимость между количеством форменных элементов (эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов) в периферической крови и выраженностью нарушений эндотелиальной функции сосудов. Прогрессирование эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертензии на фоне истинной полицитемии наряду с тяжестью и длительностью заболевания напрямую связано с уровнем гиперурикемии, в меньшей степени, дислипидемии.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Андриевская Т.Г., Ельницкая А.С. Случай тромбоэмболии легочной артерии у пациентки с нестабильной стенокардией.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

Больная - Л.В.Т., 70 лет находилась на лечении в терапевтическом отделении клиник ГОУ ВПО ИГМУ МЗ России с 20.02.09г по 06.03.09. с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия, частая наджелудочковая экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия с эпизодами би- и тригеминии, ПИКС (2004); Осложнения: ТЭЛА невысокого риска, ХСН 2А стадии 2ФК. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени, 3 стадии, 4 степени риска. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести ИЗ, субкомпенсация, осложненный диабетической полинейропатией сенсомоторной формы дистального типа. Хронический пиелонефрит, обострение. МКБ, камень правой почки 5 мм в нижней чашечке. Уретерогидронефроз. Ожирение 2 степени.

Поступила с жалобами на давящие загрудинные боли в покое и при минимальной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в области сердца, остро возникшую одышку в покое, повышение АД до 200/110, головную боль, головокружение.

Из анамнеза: ИБС, ГБ на протяжении 30 лет. Ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда участились загрудинные боли, усилилось ощущение перебоев в области сердца, увеличилась потребность в изокете-спрей и

особенно в течение 2 – 3 последних дней перед поступлением в стационар, когда остро стала появляться одышка в виде приступов в покое.

Диагностировано: на ЭКГ - очаговая внутрижелудочковая блокада, частая левожелудочковая парасистолия, умеренные нарушения процессов реполяризации переднебоковой области левого желудочка; на ЭХО-КГ – дилатация левого предсердия.

Госпитализирована в палату интенсивной терапии (ПИТ).

Получала лечение: диета №9, изокет в/в 2,5 – 5 мг/час на физиологическом растворе инфузоматом, индапамид 2,5 мг утром, аккупро 2,5 мг вечером, моночинкве 50 мг утром, конкор 5 мг утром, гепарин 1000 ЕД в час инфузоматом, аспирин 75 мг p/os.

Вечером 20.02.09 г (18 час) в ПИТ - значительное ухудшение состояния: сильные ангинозные боли за грудиной; острый длительный (более 30 мин) приступ одышки; общая слабость; над легкими диффузно ослабленное везикулярное дыхание и разнокалиберные влажные и сухие хрипы; приглушение тонов сердца, тахикардия 120 в мин; снижение сатурации кислорода до 86%.

Учитывая остро развившуюся одышку на фоне приступа загрудинной боли с остро нарастающими признаками застоя в малом кругу кровообращения и острым снижением сатурации кислорода, была заподозрена ТЭЛА (согласно стратификации риска – невысокого риска). Проводился дифференциальный диагноз с острым инфарктом миокарда. Тропониновый тест отрицательный.

С целью уточнения диагноза ТЭЛА согласно рекомендациям ESC 2008 г., проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования: Биохимия крови: D-димер-0,9 мг/л (в 3 раза превышает норму), что может свидетельствовать в пользу ТЭЛА.

Статическая сцинтиграфия легких: неравномерное распределение радиофармпрепарата в обоих легких; выраженные очаговые нарушения перфузии левого легкого, умеренные очаговые нарушения перфузии правого легкого, что свидетельствует в пользу ТЭЛА мелких ветвей не только левого, но и правого легкого.

Кроме того, на ЭКГ: вольтажные признаки перегрузки правых отделов сердца ($R3,avF > R1,avL$) в сравнении с архивной ЭКГ (от 30.01.09.); на рентгенографии грудной клетки: в наддиафрагмальном отделе нижней доли левого легкого размытые, нечеткие контуры сосудов, что не исключает пневмонию и может свидетельствовать в пользу ТЭЛА (развитие инфаркт-пневмонии).

Холтер-ЭКГ: дополнительный путь проведения - п. Махайма; множественные суправентрикулярные экстрасистолы, с эпизодами би- и тригеминии; желудочковые экстрасистолы с эпизодами желудочковой тахикардии, би- и тригеминии, что может являться фактором риска ТЭЛА.

Коррекция лечения: Кислородотерапия, морфин 1,0 в/м, цефотаксим по 1,0 – 2 раза/день в/м, продолжили гепарин инфузоматом, нитраты в/в, ИАПФ, бета-адреноблокаторы p/os. Осуществляли контроль: сатурации кислорода, гемодинамики, гликемии, свертывающей системы крови (время свертывания крови по Ли-Уайту > 10 мин), АЧТВ-28 -42- 33сек

Обращало на себя внимание наличие гематурии – в 1мл мочи 125000 эритроцитов, что могло быть обусловлено либо гипокоагуляцией на фоне лечения антикоагулянтами, либо МКБ, так как гематурия – эритроциты в общем анализе мочи в большом количестве имела уже на следующий день после поступления больной в стационар.

Наличие гематурии затрудняло дальнейшую тактику ведения больной, а именно назначение варфарина, с учетом риска повторной ТЭЛА в связи с наличием множественных нарушений сердечного ритма с высокой эктопической активностью и ХСН при МНО-0,88.

Учитывая результаты дуплексного сканирования венозной системы нижних конечностей: проходимость глубоких вен с обеих сторон не нарушена (отсутствие явного источника тромбоемболии), произвели отмену гепарина с целью исключить вероятность гипокоагуляционной гематурии. Количество эритроцитов в 1 мл мочи на фоне отмены гепарина снизилось в пять раз (25000). В связи с этим варфарин при выписке не был назначен, даны рекомендации амбулаторного контроля мочи и свертываемости крови (МНО) для дальнейшего решения вопроса о терапии антикоагулянтами.

Данный случай наглядно демонстрирует сложности, возникающие в лечении пациентов при наличии сочетанной патологии: риск ТЭЛА, необходимость антикоагулянтной терапии и гематурия.

Под термином *ТЭЛА* понимают окклюзию легочного ствола, правой или левой легочной артерии и/или их ветвей тромбом, первично образовавшимся в венах большого круга кровообращения либо в правых полостях сердца и принесенным в сосудистое русло легких током крови (национальные рекомендации по кардиологии 2007г.)

ТЭЛА – интернациональная проблема практической медицины: в структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний она занимает третье место после инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта. В экономически развитых странах 0,1% населения ежегодно погибает от ТЭЛА.

Значительная распространенность ТЭЛА связана с наличием широкого спектра факторов риска:

- Флебиты, тромбозы тазовых вен, вен нижних конечностей, варикозная болезнь вен в анамнезе;

- Пожилой и старческий возраст (>40 лет каждые 10 лет удваивают риск ТЭЛА);

- Гиподинамия, ожирение, длительное фиксированное неудобное положение ног;

- Перепады температур (переохлаждение, обезвоживание);

- Женский пол (прием гормональных контрацептивов, беременность и послеродовой период);

- Сердечно-сосудистые заболевания: ИБС, фибрилляция предсердий, другие нарушения ритма сердца, хроническая сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность;

- Инфекционные заболевания;

- Хроническое воспаление тазовых органов;

- Травмы; оперативные вмешательства и послеоперационный период;
- Злокачественные новообразования;
- Наследственные и приобретенные тромбофилии;

-Ятрогенная патология:

а) неконтролируемое применение прокоагулянтов, мочегонных и слабительных средств;

б) назначение антагонистов витамина К без предварительной терапии гепарином;

в) осложнения катетеризации вен.

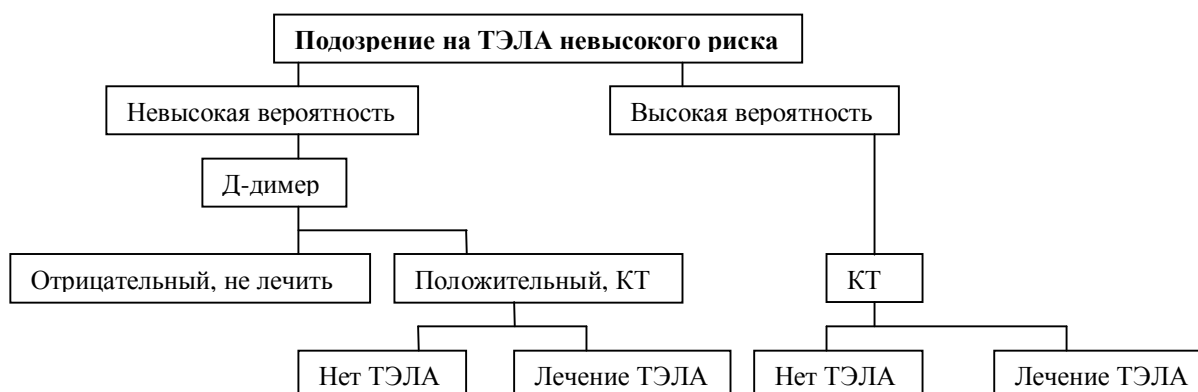
Диагностика ТЭЛА – трудная задача для практикующих врачей, так как: почти в 50% случаев эпизоды ТЭЛА остаются недиагностированными;

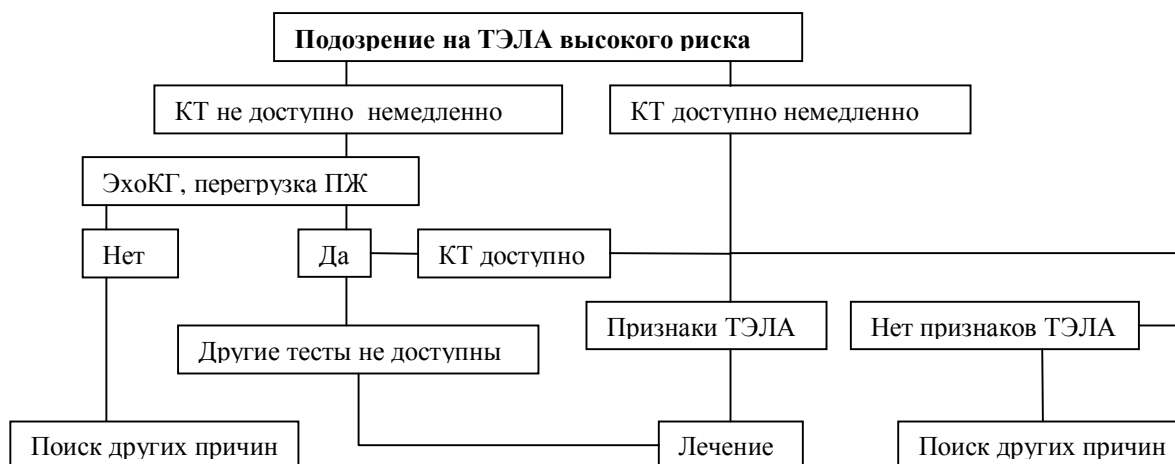
в большинстве случаев при аутопсии только тщательное исследование легочных артерий позволяет обнаружить тромбы или остаточные признаки перенесенной ТЭЛА; клиническая симптоматика ТЭЛА во многих случаях схожа с заболеваниями легких и сердечно–сосудистой системы; инструментальные методы обследования больных с ТЭЛА, имеющие высокую диагностическую специфичность (ангиопульмонография, сцинтиграфия, перфузионно–вентиляционные исследования с изотопами, спиральная компьютерная и магнито–резонансная томография) доступны узкому кругу медицинских учреждений.

Для оптимального использования диагностических ресурсов европейскими экспертами (ESC 2008г.) предложен алгоритм ведения больных с ТЭЛА в зависимости от риска смерти:

Стратификация риска в зависимости от ранней летальности

Риск ранней смерти от ТЭЛА	Маркеры риска		
	Шок, гипотензия	Дисфункция ПЖ	Повреждение миокарда
Высокий (>15%)	+	+/-	+/-
Умеренный (3-15%)	-	+/-	+/-
Низкий (<3%)	-	-	-





Все больные с достоверным или предположительным диагнозом ТЭЛА должны госпитализироваться в специализированные отделения или стационар с блоком реанимации, интенсивной терапии.

Основная цель – сохранение жизни и предотвращение развития хронической постэмболической легочной гипертензии в отдаленном периоде. На сегодняшний день основным методом лечения служит консервативная терапия. Хирургическое вмешательство показано лишь в крайне тяжелых случаях: при серьезных расстройствах гемодинамики, развитии острой сердечной недостаточности, неэффективности тромболитической терапии.

Беляева Ю.Б., Рахматуллов Ф.К. Кардиальные показатели на фоне лечения кордароном у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий при сочетании ишемической болезни сердца с эутиреоидным зобом

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Актуальность проблемы. Пензенская область относится к региону с йодным дефицитом, причем зобная эндемия одинаково выражена во всех районах. Опасность, которую несет для здоровья человека эутиреоидный зоб, определяется риском дальнейшего прогрессирования патологии щитовидной железы с образованием автономно функционирующих узлов. При нарушениях функции щитовидной железы лечение кордароном противопоказано. В то же время вопросы лечения кордароном пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) на фоне сочетания ишемической болезни сердца (ИБС) с эутиреоидным зобом во многом не изучены.

Цель исследования. Изучить влияние кордарона на гемодинамические и электрофизиологические показатели сердца у больных с ПФП на фоне сочетания ИБС с эутиреоидным зобом.

Методы исследования. Обследованы 14 больных с ПФП на фоне ишемической болезни сердца (1-я группа) и 18 – при сочетании ишемической болезни сердца с эутиреоидным зобом (2-я группа). В контрольную группу включены 12 человек (8 женщин и 4 мужчин) без нарушения сердечного ритма. Контрольная

группа сопоставима с основной по возрасту и полу. Исследования включали эхокардиографию, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровня тиреоидных гормонов, чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца.

Результаты исследования. Передне-задний размер левого предсердия у больных 1-й и 2-й групп, по сравнению с контрольной группой, был больше на 21,6% ($p < 0,001$) и 34,6% ($p < 0,01$) соответственно. Корреляционный анализ показал прямую зависимость передне-заднего размера левого предсердия от объема щитовидной железы ($r = 0,37$, $p < 0,05$). Оценка диастолической функции левого желудочка выявила отчетливую тенденцию к уменьшению отношения максимальной скорости трансмитрального кровотока в фазе быстрого наполнения левого желудочка к максимальной скорости кровотока в период систолы предсердий (Е/А) у больных 1-й группы на 28,6% ($p < 0,05$), 2-й - на 30,7% ($p < 0,01$). При корреляционном анализе выявлена обратная зависимость между объемом щитовидной железы и Е/А ($r = -0,38$, $p < 0,05$). На фоне курсового лечения кордароном в группах больных выявлено однонаправленное угнетение внутрисердечной, атриовентрикулярной и внутривентрикулярной проводимости, увеличение времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) и его коррегированного значения (КВВФСУ), удлинение интервала Q–T, увеличение отношения Е/А. Динамика эффективного рефрактерного периода левого предсердия (ЭРП_{ЛП}) имела разнонаправленный характер. На фоне укорочения ЭРП_{ЛП} пароксизмы фибрилляции предсердий учащались, появлялась рефрактерность аритмии к кордарону, а при увеличении ЭРП_{ЛП} наблюдался антиаритмический эффект.

Вывод. На фоне сочетания ИБС с эутиреоидным зобом возникают неблагоприятные условия для развития пароксизмов фибрилляции предсердий – увеличение левого предсердия и диастолическая дисфункция левого желудочка. Определение объема щитовидной железы, анализ уровня тиреоидных гормонов и электрофизиологических показателей сердца позволяет своевременно оценить влияние кордарона на кардиальные и тиреоидные показатели.

Делова М.А., Прасолов А.В., Москалюк М.И., Князева Л.А., Горайнов И.И. Показатели эндотелиальной функции и жесткости сосудов у больных стабильной стенокардией напряжения с артериальной гипертензией

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) одна из основных причин заболеваемости и смертности населения, особенно среди людей с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (Selwyn, 2002). Около 75% больных ИБС страдают АГ. Исследования последних лет установили тесную взаимосвязь между частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений и показателями жесткости магистральных сосудов у больных с кардиальной патологией (Негода С.В. с соавт., 2006). Обсуждается роль эндо-

телиальной дисфункции в формировании повышенной жесткости артериального русла. Параметры механических свойств артериального русла рассматриваются не только как факторы риска кардиоваскулярных осложнений, но и в качестве мишени для фармакокоррекции. С этих позиций перспективным представляется изучение показателей эндотелиальной функции и упруго-эластических свойств сосудистого русла у больных ИБС и АГ.

Цель работы: изучение взаимосвязи между показателями эндотелиальной функции и характеристиками упруго-эластических свойств сосудистого русла у больных артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. (ССН II-III ф.к.).

Материалы и методы. Обследовано 98 больных АГ на фоне ССН II-III ф.к. в возрасте 40-60 лет, 78 мужчин и 20 женщин. Диагноз стенокардии верифицирован согласно рекомендациям ВНОК/ВОЗ (2004), классификации Канадского общества сердечно-сосудистых заболеваний. АГ определяли в соответствии с классификацией ВНОК (2008). Группу контроля составили 20 клинически здоровых лиц, группу сравнения 30 больных ССН II-III ф.к. без АГ. Уровень эндотелина-1 (ЭТ-1), фактора Виллебранда (фВ) определяли иммуноферментным методом. Упруго-эластические свойства сосудистой стенки оценивали с помощью суточного монитора артериального давления компании «Петр Телегин» (Россия). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica.

Результаты и их обсуждение. Оценка функционального состояния эндотелия сосудов у больных ССН II-III ф.к. показала достоверно большую концентрацию ЭТ-1 ($59,8 \pm 2,3$ нг/л) и фВ ($169,8 \pm 5,2\%$), являющихся лабораторными маркерами эндотелиальной функции, у обследованных больных в сравнении с контролем. В группе больных с сочетанием АГ и ССН II-III ф.к. выявлена максимально высокая концентрация ЭТ-1 ($78,9 \pm 3,8$ нг/л) и фВ ($189,3 \pm 6,1\%$) среди обследованных. У больных АГ в сочетании с ССН II-III ф.к. определено достоверное снижение времени распространения пульсовой волны (РТТ) на 31% в сравнении с контролем ($165,8 \pm 4,8$ м/с) и на 26% - пациентами с ИБС. Максимальная скорость нарастания артериального давления (dP/dt)_{max}, косвенно отражающая нагрузку на стенки сосудов во время прохождения пульсовой волны, была снижена в 2,1 раза ($p < 0,01$) по сравнению с контролем и в 1,3 раза – с больными стенокардией. Индекс ригидности (ASI) у пациентов со ССН II-III ф.к. на 28% ($p < 0,01$) превышал контрольные значения и на 13% - у больных АГ и стенокардией, а индекс аугментации (A/x) – в 3,4 и 1,6 раза соответственно ($p < 0,01$). Выявленные изменения свидетельствуют о наличии эндотелиальной дисфункции и снижении упруго-эластических свойств сосудов у больных ССН II-III ф.к., наибольшие изменения исследуемых показателей установлены при сочетании АГ и ИБС. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся критерием артериальной жесткости, показало превышение контрольного уровня ($137,8 \pm 2,3$ м/с) на 25% и на 12% СРПВ в группе сравнения. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие достоверных связей между уровнем ЭТ-1, фВ и СРПВ ($r = 0,63$; $r = 0,51$ соответственно). Обратные зависимости установлены между РТТ и содержанием ЭТ-1, фВ ($r = -0,59$; $p < 0,01$;

$r=-0,47$, $p<0,01$ соответственно). Также прямая корреляционная связь была определена между индексом ригидности (ASI), аугментации (A/x) и уровнем ЭТ-1 ($r=0,69$, $p<0,01$; $r=0,53$, $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о значимости эндотелиальной дисфункции в снижении эластичности и повышении жесткости сосудов у больных ССН II-III ф.к., наиболее значимые изменения показателей эндотелиальной функции и жесткости сосудистого русла определены при сочетании ИБС с АГ.

Рудакова Л.Е., Рахматуллов Ф.К., Бондаренко Л.А., Фаткабраров М.Ф., Фаткабрарова А.М. Анализ случаев разрыва сердца в остром периоде инфаркта миокарда

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Серьезным и часто фатальным осложнением инфаркта миокарда (ИМ) являются разрывы сердца. В большинстве случаев они происходят в период между первым и восьмым днями заболевания, когда наиболее выражены процессы миомаляции.

Разрывы сердца являются третьей наиболее частой причиной смерти после кардиогенного шока и отека легких (Reardon M.J. et al, 1997).

Клинические проявления разрывов миокарда многообразны (Reardon M.J. et al, 1997). Внешние разрывы миокарда в одних случаях протекают молниеносно, приводя к мгновенной смерти, в других случаях клиническая картина разрыва наблюдается в течение нескольких минут. Как в тех, так и в других случаях разрывы миокарда редко диагностируются при жизни. Различают третий вариант разрыва миокарда — подострый, при котором сердце рвется не мгновенно. Разрыву предшествует предразрывный период, продолжительность которого может составлять от нескольких часов до суток (Becker R.G. et al., 1996; Ройтберг Г.Е. и др., 2003; Frances C. et al, 1998; Yeo T.C. et al, 1998). При своевременном распознавании предразрывного у больных появляется шанс на проведение экстренной хирургической операции.

Не менее важна своевременная диагностика внутренних разрывов сердца, поскольку единственным эффективным методом лечения пациентов как с разрывом МЖП, так и разрывом папиллярной мышцы является хирургическая операция (Reardon M.J. et al, 1997).

В настоящее время единственным методом лечения разрывов сердца является хирургическое вмешательство. В подавляющем большинстве случаев его выполнение невозможно из-за быстроты развития событий. Необходима разработка и использование методов, направленных на профилактику этого грозного и практически всегда фатального осложнения. Один из таких методов — раннее чрескожное коронарное вмешательство, существенно уменьшающее риск разрыва миокарда при инфаркте (Yip H.K. et al, 2003).

В литературе последних лет стали появляться сообщения об экспериментальных исследованиях, целью которых является предотвращение разрыва после ИМ. Но это дело будущего, а в настоящее время необходимо уточнить час-

тоту возникновения и факторы риска разрыва сердца, его клинические и морфологические проявления, что позволит выделить пациентов, угрожаемых по данному осложнению ИМ.

В связи с этим в результате ретроспективного анализа нами предпринята попытка уточнить распространенность, клинические и морфологические проявления разрывов сердца при инфаркте миокарда.

Материалы и методы

Исследование — ретроспективное, использованы данные статистических отчетов кардиологической службы города Пензы за 2003–2008 гг., истории болезни и результаты аутопсий умерших от ИМ в 2007-2008 г г.

Всего за период с 2003 по 2008 гг. произведено 710 аутопсий, выявлено 127 разрывов сердца, проанализирована 61 история болезни пациентов с ИМ, умерших от разрыва сердца в 2007–2008 гг.

Изучались следующие показатели: место разрывов сердца в структуре причин смерти при первичных и повторных ИМ, частота внешних и внутренних разрывов, зависимость частоты разрывов сердца от пола и возраста пациентов, влияние локализации ИМ на частоту разрывов сердца, сроки возникновения разрывов миокарда от начала ангинозного приступа, особенности клинической картины больных ИМ, умерших от разрыва сердца, особенности ЭКГ в «пред-разрывный» период и во время разрыва сердца.

Результаты исследования

В таблице 1 представлены данные о количестве аутопсий умерших от ИМ в стационарах г. Пенза, проведенных в 2003-2008 г.г., частоте разрывов сердца при первичном и повторном ИМ.

Таблица 1

Количество аутопсий умерших от ИМ в стационарах г. Пенза и частота разрывов сердца в 2003-2008 гг.

Год	Общее число аутопсий при ИМ			Число летальных исходов от разрыва миокарда в абсолютных цифрах и %		
	Первичный ИМ	Повторный ИМ	Всего	Первичный ИМ	Повторный ИМ	Всего
2003	52	61	113	13 (25,0%)	4 (6,6%)	17 (15,0%)
2004	45	48	93	13 (28,8%)	3 (6,2%)	16 (17,2%)
2005	35	46	81	10 (28,5%)	5 (10,8%)	15 (18,5%)
2006	39	66	105	14 (35,8%)	4 (6,0%)	18 (17,1%)
2007	72	83	155	24(33,3%)	10 (6,4%)	34 (21,9%)
2008	59	89	148	16 (27,1%)	11 (12,4%)	27 (18,2%)

Из представленных данных следует, что разрыв сердечной мышцы — это частая причина смерти больных ИМ, в настоящее время наблюдается рост данной тенденции. Разрывы сердца значительно чаще происходят при первичном ИМ, нежели при повторном. При первичном ИМ разрыв сердца выявляется у каждого 4-3 умершего.

В 2007-2008 г.г. произведено 303 патологоанатомических исследования умерших от ИМ в больницах г. Пензы. Разрывы сердца обнаружены в 61 (20,1%) случае. Внешних разрывов было 57 (93,4%), внутренних — 4 (6,6%). Топографическая характеристика внешних разрывов представлена в таблице 2.

Таблица 2

Топографическая характеристика внешних разрывов сердца умерших от ИМ в 2007–2008 гг.

Локализация разрыва	Число случаев,	%
Передняя стенка левого желудочка	22	38,6
Задняя стенка левого желудочка	16	28,1
Верхушка сердца	4	7,0
Граница передней стенки и межжелудочковой перегородки	4	7,0
Боковая стенка левого желудочка	2	3,5
Граница задней стенки и межжелудочковой перегородки	2	3,5
Граница боковой и задней стенки	4	7,0
Задняя стенка правого желудочка	1	1,8
Циркулярный разрыв	2	3,5

Как видно из таблицы 2 чаще всего происходили разрывы передней стенки левого желудочка, несколько реже задней. Разрывы других локализаций встречались значительно реже и примерно с одинаковой частотой. В одном случае обнаружен разрыв правого желудочка (1,8%).

Внутренние разрывы обнаружены всего в 4 случаях: 3 случая разрыва межжелудочковой перегородки и 1 случай с надрывами задней стенки левого желудочка.

Среди умерших от разрыва сердца женщин было 43 (70,5%), мужчин — 18 (29,5%), хотя среди больных ИМ в анализируемые годы (2007-2008) женщины были в меньшинстве и составляли соответственно 36 и 40 %. Следовательно, разрывы сердца чаще наблюдались у женщин, чем у мужчин.

Разрывы сердца чаще происходили у пациентов старше 65 лет. Средний возраст мужчин составил $67,9 \pm 2,2$, а женщин $73,8 \pm 3,3$ года.

В 54 (88,5%) случаях разрывы миокарда произошли в течение первых 7 суток после развития ИМ, в 6 случаях — на 8–10 сутки и только в одном случае, который характеризовался рецидивирующим течением, разрыв возник на 16 сутки от начала ИМ и на 3 сутки после рецидива ИМ.

Клинически разрывы миокарда диагностированы только в 12 случаях из 61, что составляет 19,7%.

Разрывы миокарда макроскопически были разнообразными. Чаще они имели вид узкой щели линейной или дугообразной формы длиной от 1,5 до 3,5 см. Во всех случаях поражение миокарда трансмуральное и распространенное с захватом нескольких областей левого желудочка. Края разрыва преимущественно неровные, миокард вдоль разрыва пропитан кровью. Канал разрыва в толще миокарда имел ступенчатый вид, проходя между пластами миокарда на разных уровнях. Совпадение локализации разрыва эндокарда и эпикарда было обнаружено в 23 случаях, в остальных 38 случаях внутреннее отверстие не совпадало с наружным. Одиночные разрывы обнаружены в 86,8% случаев, множественные — в 13,2%.

Микроскопическая картина зависела от срока ИМ. При разрывах впервые двое суток изменения в мышечных волокнах были представлены набуханием, смазанностью поперечной исчерченности, гомогенизацией, кариорексисом,

пикнозом ядер, появлением и увеличением инфильтрации сегментоядерными нейтрофильными лейкоцитами. При давности ИМ 3-5 суток выявлялось истончение в той или иной степени миокарда, некроз мышечных волокон всей или почти всей толщи стенки, уменьшался и исчезал межмышечный отек, нарастала лейкоцитарная инфильтрация. Мышечные волокна имели ступенчатый разрыв с разволокнением и последующим пропитыванием свежей кровью. Вне разрыва некроз мышечных волокон был выражен в разной степени, наблюдалось общее малокровие. В более поздние сроки, на 7-10 сутки ИМ происходило уменьшение количества сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов в инфильтрате, появлялись вновь образованные кровеносные сосуды, малые лимфоциты, плазмоциты, увеличивался базофильный внеклеточный материал. При этом разрыв происходил в уменьшенной по толщине стенке, представленной незрелым, молодым соединительнотканым остовом на месте некротизированных мышечных волокон с обилием полнокровных расширенных тонкостенных кровеносных сосудов типа синусоидов и капилляр. По линии разрыва пропитывание кровью было менее выражено, чем при разрыве в первые сутки ИМ. При рецидивирующем течении ИМ в картине разрыва сочетался некроз мышечных волокон и молодой, незрелой соединительной ткани разной степени выраженности. При применении гепарина в 4 случаях смерти на 5-7 сутки наблюдалось диффузное пропитывание кровью зоны ИМ, в т.ч. и линии разрыва.

В диагностике разрывов сердца у больных ИМ большое значение придается клиническим проявлениям. У 42 больных начало заболевания характеризовалось интенсивными, длительными болями в области сердца, плохо купирующимися наркотическими анальгетиками, требующими неоднократного их применения, у 12 больных боли были умеренной интенсивности, но купировались наркотиками только на короткое время, у 7 больных болевой синдром был полностью купирован. В целом продолжительность болевого синдрома составляла от нескольких часов до 7 суток. У 11 больных отмечался «светлый» промежуток между окончанием болей и разрывом сердца продолжительностью от 2 до 4 суток. У 11 больных смерть наступила внезапно на фоне относительного благополучия. У остальных 39 больных на фоне возобновления интенсивных болей в сердце развился кардиогенный шок, рефрактерный к проводимой терапии.

Гипертонической болезнью страдали 88,5% больных, умерших от разрыва сердца. Артериальное давление оставалось высоким после развития инфаркта миокарда у 74 % больных.

На ЭКГ, зарегистрированной до разрыва миокарда, у всех больных выявлялись признаки трансмурального инфаркта миокарда, застывшая монофазная кривая с высоким зубцом Т у 18 больных, зубец QS с подъемом сегмента ST на 4-6 мм у 28, у остальных пациентов отмечался менее выраженный подъем сегмента ST.

В момент наступления клинической смерти в 41 (67,2%) случае регистрировался синусовый ритм, переходящий в идиовентрикулярный, в 10 (16,3%) - идиовентрикулярный ритм, в 3 (4,9%) - мерцание предсердий, в 5 (8,1%) — фибрилляция желудочков, в 2 (3,2%) — полная атриовентрикулярная блокада с

узким желудочковым комплексом. Все эти нарушения ритма заканчивались асистолией.

Заключение

Полученные в ходе анализа данные свидетельствуют о том, что разрывы сердца значительно чаще происходят при первичном, нежели при повторном ИМ. При первичном ИМ разрыв сердца выявляется у каждого 4–3 умершего, при повторном – у каждого 6-5. Преобладают внешние разрывы сердца. Чаще всего (38,6%) происходят разрывы передней стенки левого желудочка, несколько реже (28,1%) задней. Разрывы сердца чаще происходят у пожилых пациентов. Среди умерших от разрыва сердца 70,5% составляют женщины преимущественно старше 70 лет. Разрывы миокарда в 88,5% случаев возникают в течение первых 7 суток от начала развития инфаркта миокарда. Артериальное давление остается высоким после развития инфаркта миокарда у 74 % больных. Разрыв миокарда сопровождается интенсивными, длительными болями в 68,9% случаев, умеренными болями в 31,1%, «светлый промежуток» продолжительностью от 2 до 5 суток между окончанием болей и разрывом сердца выявляется у 18,0% пациентов. На ЭКГ, зарегистрированной до разрыва сердца, у всех больных выявляются признаки трансмурального поражения миокарда. У подавляющего большинства пациентов (83,5%) в момент наступления клинической смерти возникает идиовентрикулярный ритм, значительно реже регистрируются фибрилляция желудочков (8,1%), мерцательная аритмия (4,9%), полная атриовентрикулярная блокада (3,2%). Все эти нарушения ритма заканчиваются асистолией. Макроскопически разрыв имеет линейную или дугообразную форму с трансмуральным распространением, края разрыва неровные, пропитаны кровью, канал разрыва имеет ступенчатый вид. Микроскопически картина разрыва зависит от срока ИМ.

Хамаева А.А. Клинико-функциональные связи у больных с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Актуальность. Несмотря на внедрение современных лекарственных средств, смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) не уменьшается на протяжении последних 10 – 15 лет и продолжает оставаться одной из самых высоких во всем мире. Большие трудности в ведении больных с ИБС встречаются при наличии сопутствующей патологии, что связано с недостаточной изученностью оптимальных диагностических и лечебных подходов.

В настоящее время одним из наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний стала хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Число больных ХОБЛ по официальной статистике в России составляет около 1 млн. человек, а по результатам подсчета с использованием эпидемиологических маркеров заболевания, больных должно быть около 11 млн. По прогнозам, к

2010г. Первое место среди причин смертности будет оставаться за ИБС, а ХОБЛ переместится на 4 место (Чучалин А.Г., 2004).

По подсчетам разных авторов, в средней и старшей возрастных группах число больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ составляет в около 62% в структуре заболеваемости и 50% в структуре смертности (Jousialahti P. et al., 1996; Козлова Л.И. и соавт., 2001).

Многочисленные исследования свидетельствуют о повышении частоты ИБС у пациентов с ХОБЛ. По данным различных исследований ИБС регистрируется у больных ХОБЛ в пределах 19 - 63 % случаев (Mapel D.W. et al. (2005); Cilli A. et al. (2004). Во многих случаях причину ухудшения состояния больных с сочетанной патологией установить трудно. Например, обострение ХОБЛ может оказывать неблагоприятное влияние на уже ишемизированный миокард, в то время как обострение ИБС может еще больше усугублять газообмен. По результатам Н.Н. Боровкова и соавт. (2006), больные стенокардией II – III ФК в сочетании с ХОБЛ, в 70% случаев предъявляют жалобы на одышку и сердцебиение. По данным ряда авторов у больных с ХОБЛ выявляется высокая частота нарушений ритма сердца (от 89% до 97%), что является прогностически неблагоприятным осложнением (Симоненко В.Б., 2001; Задионченко В.С., 2003).

Диагностика ИБС при типичном течении процесса не составляет особого труда. Однако у некоторых больных течение заболевания не укладывается в классические каноны. Очень часто этими больными являются пациенты с сочетанной патологией, в том числе с ИБС на фоне ХОБЛ. В этом случае, как показали многолетние наблюдения, не удастся получить четкое описание болевого синдрома в грудной клетке, выявить наиболее характерные обстоятельства, при которых возникает типичная для пациента боль, определить ее локализацию, возможную иррадиацию, продолжительность, особенность купирования боли, поскольку на этот симптомокомплекс оказывает значительное влияние сопутствующая патология. Можно считать установленным, что появление конкурирующих нозологий у одного пациента приводит не просто к суммированию симптомов этих заболеваний, а формирует под влиянием синдрома взаимного отягощения существенные изменения клиники и течения болезни.

Целью исследования явилось изучение клинико-функциональных связей у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ. В связи с поставленной целью были сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить особенности боли в сердце, и респираторных симптомов у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ;
2. Оценить структурно-функциональные показатели сердца у больных сочетанной патологией;
3. Выявить связи между клиническими проявлениями и структурно-функциональными показателями сердца;
4. Исследовать структуру сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Обследованы 110 человека, 88 мужчин (80%) и 22 женщины (20%), средний возраст 60,33 года (ДИ \pm 2,02). Из 110 пациентов с диагнозом «ИБС: стенокардия напряжения I - III ФК» у 44 человек был выяв-

лен диагноз ХОБЛ II – III стадии. Набор пациентов для исследования проводился на базе терапевтического и кардиологического отделений ГКБ № 3.

Диагноз «ИБС: стабильная стенокардия» устанавливался в соответствии с рекомендациями экспертов ВНОК (2004); функциональные классы согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов (2001). Диагноз «ХОБЛ» верифицировался в соответствии с программой GOLD (2006). Критериями исключения были: другие заболевания дыхательной системы, протекающие с необратимой или малообратимой бронхиальной обструкцией, обострение и (или) декомпенсация других сопутствующих заболеваний, онкологические заболевания. У всех пациентов изучались анамнестические данные, факторы риска заболеваний (наследственность, ИМТ, ИК, никотиновая зависимость), сопутствующая патология (постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Клинические проявления ИБС оценивались с помощью опросника стенокардии по Халфену и SAQ; респираторные симптомы с помощью шкал тяжести кашля и одышки MRC, выраженности одышки по Borg. Также у всех больных оценивались общий анализ крови, биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, С-реактивный белок (СРБ), липидограмма), ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ-ЭКГ, спирография с бронходилатационным тестом.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 7.0. Для проверки на нормальность использовался критерий Шапиро-Уилка. Для определения достоверности различий в группах использовались непараметрические методы. Для трех независимых выборок применяли критерий Крускала-Уоллиса, для двух независимых выборок – критерий Манна-Уитни. Для оценки связи применялся корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$.

Результаты. При сравнении групп с изолированной ИБС и ИБС в сочетании с ХОБЛ (а также с различными стадиями ХОБЛ) не было выявлено достоверно значимых различий в проявлениях болевого синдрома (типичный/атипичный). Так, в группе с изолированной ИБС атипичный болевой синдром встречался у 37,87% пациентов, а в группе с сочетанием ИБС и ХОБЛ в 47,72% случаев ($p > 0,05$). Также не было выявлено достоверных различий в проявлении боли в сердце при ИБС и наличии сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, перенесенный инфаркт миокарда). При проведении корреляционного анализа была выявлена слабая прямая достоверная связь атипичного болевого синдрома с фракцией выброса ($r=0,36$, $p < 0,05$) и умеренная обратная связь с уровнем внутрижелудочковой проводимости, который оценивался по продолжительности интервала QRS ($r=-0,49$, $p < 0,05$).

Из проявлений со стороны дыхательной системы оценивалась тяжесть дневного и ночного кашля, количество мокроты и выраженность одышки. У пациентов с сочетанной патологией было установлено более тяжелое течение одышки, дневного и ночного кашля в сравнении с изолированной ИБС ($p < 0,05$). Выявлена умеренная прямая корреляционная связь между уровнем одышки с размером левого предсердия ($r=0,37$, $p < 0,05$) и частотой сердечных сокращений

($r=0,31$, $p<0,05$); и обратная связь с интервалом QT ($r=-0,36$, $p<0,05$) и уровнем ОФВ1 ($r=0,36$, $p<0,05$). В таблице 1 приведены уровни корреляционной связи одышки с наличием сопутствующей патологии и осложнений, из которых видно, что выраженность одышки сильнее связана с тяжестью ХСН и развитием легочного сердца.

Таблица 1.

	ИБС	ХОБЛ	ХСН стадия	ХСН ФК	ХЛС	p< 0,05
ОДЫШКА	0,48	0,37	0,57	0,60	0,49	

По результатам сравнения групп по уровням глюкозы, креатинина и показателям липидограммы статистически значимых различий не наблюдалось.

Сравниваемые группы достоверно не различались по наличию сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, перенесенный инфаркт миокарда), а также по всем структурным показателям сердца по результатам ЭхоКГ. Однако были выявлены достоверные различия между продолжительностью интервала QT на ЭКГ: средний уровень QT у пациентов изолированной ИБС составил 0,36, а при сочетанной патологии 0,33 ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Болевой синдром при ИБС не зависит от сопутствующей патологии и связан с фракцией выброса сердца;
2. При сочетанной патологии усиливается выраженность одышки, что, вероятно, связано с утяжелением хронической сердечной недостаточности и присоединением хронического легочного сердца;
3. У больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ наблюдается более короткий интервал QT.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Быкова Н.М., Сабурова А.Н., Букина Л.А., Варламова С.В., Навтанович Н.А., Шабанова О.Г. Состояние слизистой желудка у больных с декомпенсированным сахарным диабетом.

Городская клиническая больница № 10, Иркутск

Цель: Проанализировать состояние слизистой желудка у больных с декомпенсированным сахарным диабетом и выявить степень декомпенсации при различных поражениях желудка по данным городского эндокринологического отделения.

Материалы и методы: В основу работы положены результаты обследования 74 больных с сахарным диабетом 1 и 2 типов с уровнем гликолизированного гемоглобина $> 7,5\%$. 8 больных было с сахарным диабетом (СД) 1 типа, 66 – с СД 2 типа. Женщин было 59 (79,7%), мужчин – 15 (20,3%). Средний возраст составил $57,69 \pm 1,67$ лет. Средняя длительность СД $14,9 \pm 1,55$. Больные были сравнимы по сопутствующим заболеваниям, количеству и качеству ос-

ложнений. Эндоскопическое исследование желудка выполнялось на аппарате видеогастроскоп GIF-V70 фирмы Olympus. Сахар крови определяли натощак и средний уровень сахара в течение дня (после еды) глюкозооксидазным методом в цельной капиллярной крови. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью прикладных программ Biostat.

Результаты исследования: Все больные были направлены в эндокринологическое отделение врачами поликлиник в связи с декомпенсацией углеводного обмена. При первичном осмотре все предъявляли жалобы на диспептические расстройства (**боли в эпигастрии, в том числе голодные, ощущение переполнения желудка, изжогу, отрыжку воздухом и кислым, вздутие живота, нарушение аппетита**), в связи с чем этим больным была назначена ФГС. У 2 пациентов (2,7%) патологии в желудке не обнаружено. Средний показатель сахара крови натощак составил $9,5 \pm 0,5$ ммоль/л; средний показатель дневного сахара $10,5 \pm 0,5$ ммоль/л. У 22 (29,7%) – эрозивный гастрит. Средний показатель сахара крови натощак у них оказался $10,45 \pm 0,48$ ммоль/л; средний уровень дневного сахара $11,59 \pm 0,42$ ммоль/л. У 13 (17,6%) человек обнаружен субатрофический гастрит. Средний показатель сахара крови натощак - $7,46 \pm 0,76$ ммоль/л; средний показатель дневного сахара $10,15 \pm 0,37$ ммоль/л. У 22 (29,7%) больных оказался поверхностный гастрит. Средний показатель сахара крови натощак у этой группы - $8,45 \pm 0,53$ ммоль/л; средний показатель дневного сахара $9,63 \pm 0,5$ ммоль/л. Смешанный гастрит выявлен у 9 (12,2%). Средний показатель сахара крови натощак составил $8,11 \pm 0,75$ ммоль/л; средний показатель дневного сахара $9,11 \pm 0,71$ ммоль/л. У 4 (5,4%) больных были признаки анемизации слизистой. Средний показатель сахара крови натощак составил $6,75 \pm 0,65$ ммоль/л; средний показатель дневного сахара $10,5 \pm 0,64$ ммоль/л. У 2 (2,7%) человек обнаружены полипы. Далее мы сравнили в группах показатели сахаров натощак и средне-дневной. Наиболее высоким тощачовый сахар крови оказался у больных с эрозивным гастритом и эта разница достоверна. Наиболее высоким средне-дневной сахар крови так же у больных с эрозивным гастритом, но разница оказалась недостоверна.

Заключение. У больных с декомпенсированным сахарным диабетом выявлены различные поражения слизистой желудка. Степень декомпенсации углеводного обмена оказалась различной, наиболее значимой у больных с эрозивным гастритом.

Быкова Н.М., Сабурова А.Н., Варламова С.В., Навтанович Н.А., Шабанова О.Г., Букина Л.А. Влияние лечения заболеваний желудка на состояние углеводного обмена у больных сахарным диабетом

Городская клиническая больница № 10, Иркутск

Цель: Проанализировать влияние лечения имеющихся заболеваний желудка на состояние компенсации углеводного обмена у больных сахарным диабетом по данным городского эндокринологического отделения.

Материалы и методы: В основу работу положены результаты обследования 72 больных с сахарным диабетом 1 и 2 типов с уровнем гликолизированного гемоглобина $> 7,5\%$. 6 больных было с сахарным диабетом (СД) 1 типа, 66 – с СД 2 типа. Женщин было 57 (79,2%), мужчин – 15 (20,8%). Средний возраст составил $57,7 \pm 1,67$ лет. Средняя длительность СД $15,1 \pm 1,54$. Эндоскопическое исследование желудка выполнялось на аппарате видеогастроскоп GIF-V70 фирмы Olympus. Сахар крови определяли натощак и средний уровень сахара в течение дня (после еды) глюкозооксидазным методом в цельной капиллярной крови. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью прикладных программ Biostat.

Результаты исследования: Все больные были направлены в эндокринологическое отделение врачами поликлиник в связи с декомпенсацией углеводного обмена. При первичном осмотре все предъявляли жалобы на диспептические расстройства (боли в эпигастрии, в том числе голодные, ощущение переполнения желудка, изжогу, отрыжку воздухом и кислым, вздутие живота, нарушение аппетита), в связи с чем этим больным была назначена ФГС. На ФГС были выявлены различные поражения желудка: 22 человека (30,5%) – эрозивный гастрит; 13 (17,6%) человек - субатрофический гастрит; 22 (30,5%) больных - поверхностный гастрит; 9 (12,5%) - смешанный гастрит; у 2 человек (2,7%) обнаружены полипы. Обследуемые больные были разделены (по независящим от нас причинам) на две группы: получающих лечение (ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол), препараты висмута (де-нол) или антациды (альмагель, маалокс), миотропные спазмолитики (дюспаталин)) по поводу заболевания ЖКТ (первая группа) и не получающих лечение (вторая группа). Больные были сравнимы по сопутствующим заболеваниям, количеству и качеству осложнений сахарного диабета и по выявленной патологии желудка. Лечение по поводу сахарного диабета получали все обследуемые. Первая группа составила 52 человека, их средний возраст $58,54 \pm 1,69$; вторая группа 20 человек, средний возраст $59,1 \pm 3,83$ лет. До лечения средний показатель сахара крови натощак в 1-ой группе составил $8,64 \pm 0,36$ ммоль/л; средне-дневной сахар крови оказался $10,44 \pm 0,29$ ммоль/л. Через 8 дней после лечения оба показателя снизились и равнялись соответственно $7,31 \pm 0,22$ и $9,65 \pm 0,24$ ммоль/л, полученная разница оказалась достоверной. Во второй группе сахар крови натощак был до лечения $9,1 \pm 0,61$ ммоль/л, средне-дневной показатель сахара крови - $9,95 \pm 0,51$ ммоль/л. Через 8 дней от начала лечения в этой группе сахар крови натощак и средне-дневной так же снизился и равнялся соответственно $8,65 \pm 0,53$ ммоль/л и $9,35 \pm 0,44$ ммоль/л. Разница обсуждаемых показателей во второй группе оказалась недостоверной.

Заключение. У больных получающих лечение по поводу сопутствующей патологии, в частности заболевания желудка, компенсация углеводного обмена наступает быстрее. Для достижения хорошей компенсации углеводного обмена при сахарном диабете лечение сопутствующей патологии обязательно. При отсутствии лечения сопутствующей патологии попытки компенсации углеводного обмена не эффективны.

Делова М.А., Князева Л.А., Горяйнов И.И., Ивакин В.Е., Степченко М.А. Показатели упруго-эластических свойств артериального русла у больных стабильной стенокардией на фоне сахарного диабета 2 типа

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность исследования. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения к 2025 году по сравнению с сегодняшним днем ожидается увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) в 2-3 раза, которое достигнет 300 млн. человек. Сердечно-сосудистые осложнения являются основной причиной инвалидизации и смерти больных СД. Известно, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается в 4 раза чаще у больных СД в сравнении с той же возрастной группой не диабетиков (Дедов И.И., 2006). Наличием традиционных факторов сердечно-сосудистого риска невозможно объяснить все многообразие наблюдающейся при этом заболевании кардиоваскулярной патологии. В последние годы все большее внимание исследователей привлекает изучение состояния артериальной стенки у больных с кардиоваскулярной патологией. Установлена тесная взаимосвязь патологических изменений, связанных с механическими свойствами артерий и частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений (Негода С.В. с соавт., 2008). Данные положения обуславливают актуальность изучения упруго-эластических свойств сосудистого русла у больных ИБС на фоне СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. (ССН II-III ф.к.) на фоне СД 2 типа в возрасте $56,2 \pm 3,1$ лет 50 мужчин и 12 женщин. Группу сравнения составили 32 больных ССН II-III ф.к. без нарушений углеводного обмена, группу контроля – 20 клинически здоровых лиц. Все обследованные были сопоставимы по возрастному и половому составу. Механические свойства артерий изучались с помощью суточного монитора артериального давления компании «Петр Телегин» (Россия) и программного комплекса VPLab. Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica.

Результаты и обсуждение. При оценке упруго-эластических свойств сосудистой стенки у обследованных больных отмечено достоверное снижение времени распространения пульсовой волны (РТТ) на 24% у больных ССН II-III ф.к. без нарушений углеводного обмена и на 39% у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа в сравнении с контролем ($168,3 \pm 1,8$ мс). Максимальная скорость нарастания артериального давления (dPdt)_{max}, косвенно отражающая нагрузку на стенки сосудов во время прохождения пульсовой волны, была снижена в 1,7 раза ($p < 0,01$) у больных ИБС и в 2,0 раза – у пациентов с сочетанием ИБС и СД 2 типа по сравнению с группой контроля. Индекс ригидности (ASI) у больных ИБС, у пациентов с ИБС на фоне СД 2 типа на 24% и 49% соответственно, превышал контрольные значения. Индекс аугментации (прироста) A/x увеличился у больных группы сравнения в 2,9 раза ($p < 0,01$), при сочетании ИБС и СД 2 типа – в 4,2 раза ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Выявленные из-

менения свидетельствуют о снижении упруго-эластических свойств сосудов у обследованных больных, достоверно более выраженные нарушения определены у больных ССН II-III ф.к. на фоне СД 2 типа. Установлено также повышение на 17,5% и 29% соответственно систолического индекса площади (SSY) у больных ИБС и при сочетании ИБС с СД 2 типа. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся критерием жесткости сосудистой стенки выявило, что у больных с сочетанной патологией СРПВ на 38% ($p < 0,01$) превышала уровень контрольной группы ($136,9 \pm 1,4$ м/с), у больных с ИБС без нарушений углеводного обмена – на 18% ($p < 0,01$).

Таким образом, установлено повышение жесткости и снижение эластичности артериального русла у обследованных больных, наибольшие изменения определены в группе больных с сочетанной патологией.

Климова С.В. Оценка степени тяжести артериальной гипертензии и показателей липидного спектра крови на фоне субклинического гипотиреоза

Медицинский институт ПГУ, Пенза,

Цель исследования: оценить течение артериальной гипертензии (АГ) I-II стадии на фоне субклинического гипотиреоза (СГ) и дислипидемии.

Материалы исследования: Всего обследовано 30 больных, которые были разделены на две группы. 1-ая группа – больные АГ I-II стадии на фоне СГ и дислипидемии. Их количество составило 15 человек: 11 женщин и 4 мужчины. Средний возраст пациентов – $60,9 \pm 1,5$ лет. По этиологии СГ у 8 (53%) больных послеоперационный, у 7 (47%) – на фоне аутоиммунного тиреоидита. В зависимости от времени возникновения АГ и СГ больные данной группы были разделены на две подгруппы. В 1-ую подгруппу вошли 9 больных, у которых средняя продолжительность заболевания СГ по анамнезу составила $2,3 \pm 0,6$ лет, а АГ присоединилась через $1,3 \pm 0,4$ лет. Учитывая выявление АГ на фоне СГ, патология у данной подгруппы больных была названа нами «АГ первично-эндокринного (гипотиреоидного) генеза». При анализе структуры АГ у данных больных АГ I степени была диагностирована у 5 (55%), АГ II степени – у 4 (45%) пациентов. Во 2-ую подгруппу вошли 6 больных, у которых продолжительность АГ по анамнестическим данным составила $6,2 \pm 1,3$ лет, а СГ был диагностирован через $4,8 \pm 0,9$ лет. Учитывая возникновение у данных больных СГ как сопутствующей патологии, заболевание у данной подгруппы пациентов было названо «АГ смешанного генеза». АГ I степени была выявлена у 2 (33%) пациентов данной подгруппы, АГ II степени – у 4 (67%).

Во 2-ую группу вошли пациенты, страдающие АГ I-II стадии на фоне дислипидемии без патологии щитовидной железы (ЩЖ), сопоставимые по полу и возрасту. У данных больных АГ I степени была диагностирована у 7 (47%) человек, АГ II степени – у 8 (53%).

Методы исследования: пальпаторное и ультразвуковое исследование ЩЖ, определение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ, T_3 , T_{4cb} , АГ к ТПО) в плазме

крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анализ липидного спектра крови (общий холестерин (ОХС), β -липопротеиды (β -ЛП), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)).

Результаты исследования: В результате анализа полученных данных СМАД нами было выявлено, что среди пациентов 1-ой группы с АГ I степени среднесуточное систолическое артериальное давление (САД) составило ($p < 0,01$) $145,5 \pm 3,5$ мм рт. ст., среднесуточное диастолическое артериальное давление (ДАД) – $85,5 \pm 4,4$ мм рт.ст., у пациентов 2-ой группы – $144,2 \pm 5,3$ мм рт. ст. и $82,1 \pm 4,1$ мм рт. ст. соответственно. Среднесуточное САД у больных 1-ой группы с АГ II степени ($p < 0,01$) – $156,4 \pm 5,4$ мм рт. ст., среднесуточное ДАД – $99,4 \pm 3,7$ мм рт. ст., у больных 2-ой группы – $152,3 \pm 4,3$ мм рт. ст. и $91,2 \pm 3,4$ мм рт. ст. соответственно. При сравнении степени АГ у пациентов 2-ой подгруппы отмечалось увеличение ее степени тяжести, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД ($p < 0,05$) на $10 \pm 1,3$ мм рт. ст., что анамнестически совпало с выявлением у данных больных СГ.

Также проводился сравнительный анализ показателей липидного спектра крови у пациентов обеих групп. У больных 1-ой группы концентрация ОХС в плазме крови составила ($p < 0,01$) $6,16 \pm 0,24$ ммоль/л, у больных 2-ой группы – $5,76 \pm 0,24$ ммоль/л. Концентрация β -ЛП в 1-ой группе – $61,5 \pm 10,5$ ед/л, во 2-ой группе – $60,3 \pm 11,5$ ед/л, ТГ в 1-ой группе – $1,89 \pm 0,07$ ммоль/л, во 2-ой группе – $1,61 \pm 0,03$ ммоль/л. Уровень ХС ЛПВП среди пациентов 1-ой группы – $0,9 \pm 0,07$ ммоль/л, среди больных 2-ой группы – $1,1 \pm 0,06$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,73 \pm 0,55$ ммоль/л в 1-ой группе, во 2-ой группе – $3,51 \pm 0,52$ ммоль/л. В зависимости от степени АГ различий в характере концентраций липидов у больных обеих групп выявлено не было.

Заключение: При наличии СГ степень тяжести АГ достоверно увеличивается, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД. У больных с СГ степень дислипидемии достоверно более выражена, преимущественно за счет повышения концентрации ОХС и ТГ, а также большего снижения концентрации ХС ЛПВП в сравнении с пациентами без сопутствующих нарушений функции ЩЖ.

Ульянова А.Е., Ярченкова Л.Л., Колпакова Е.Н. Изменения региональной гемодинамики в сосудах щитовидной железы и бассейне сонных артерий у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель исследования: Оценить клиническое значение изменений региональной гемодинамики в сосудах щитовидной железы и бассейне сонных артерий у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы для оптимизации дальнейшего наблюдения и лечения.

Методы исследования: В исследование были включены 120 женщин с узловыми образованиями щитовидной железы в возрасте от 25 до 40 лет. Контрольную группу составили 30 женщин, сопоставимые по возрасту, с морфологически и функционально неизменной щитовидной железой. Комплексное ультразвуковое исследование проводилось в режиме серой шкалы, импульсной доплерографии с качественной и количественной оценкой доплеровского спектра, цветного доплеровского картирования. Всем пациентам основной группы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия выявленных узловых образований с последующим цитологическим исследованием.

Полученные результаты: После проведенных клинических и диагностических методов исследования пациенты с узловым зобом были разделены на группы в зависимости от выявленных морфологических форм. Первую группу составили 25 человек с признаками злокачественных узловых образований, во второй группе у 35 пациентов были выявлены аденомы, в третьей группе 40 человек с коллоидными узлами, и в четвертой группе - 20 женщин с признаками кист. У пациентов с разным морфологическим строением узлов щитовидной железы получены статистически значимые различия линейных и объемных скоростных параметров кровотока по сравнению с аналогичными показателями у лиц контрольной группы: в большей степени – в локализации патологического очага и в меньшей степени – в контралатеральной доле. В результате наших наблюдений выяснилось, что при узловых образованиях щитовидной железы в щитовидных артериях, питающих паренхиму доли, на стороне преимущественного поражения объемная скорость кровотока возрастала от 16 до 25% по сравнению с показателями контрольной группы, а в контралатеральной доле объемный артериальный приток увеличивался от 5 до 13%.

В группе пациентов с аденомами и злокачественными узловыми образованиями максимальная систолическая скорость кровотока в общей сонной артерии на стороне поражения увеличивалась по сравнению с таковой в контрольной группе в 5,5 и 6,8 раза соответственно. В группе пациентов с коллоидными узлами изменения со стороны общих сонных артерий выражались в расширении диаметра сосуда и повышении максимальной систолической скорости кровотока на стороне поражения по сравнению с таковой в контралатеральной доле. В группе пациентов с кистами щитовидной железы изменения диаметров сосудов и скорости кровотока в них не выявлено.

Заключение. Таким образом, наши наблюдения показали, что артериальный приток к долям щитовидной железы отличается в случаях поражения долей узлами разной морфологической структуры. Была выявлена зависимость изменений параметров кровотока в бассейне сонных артерий от морфологического строения узловых образований щитовидной железы.

БОЛЕЗНИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Дробот Н.Н. Эффективность лечения больных туберкулезом легких с сопутствующей патологией.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель исследования изучение эффективности лечения больных туберкулезом легких в сочетании с сопутствующей патологией. Проанализированы 125 историй болезни. В 37 случаях туберкулез легких сочетался с язвенной болезнью, в 43 – с хроническим бронхитом, в 36 – с сахарным диабетом, в 9 – с хроническим гепатитом. Контрольную группу составили 56 больных с туберкулезом легких без сопутствующих заболеваний. Во всех группах больных преобладала инфильтративная форма туберкулеза легких (73,5%), диссеминированная форма встречалась у 13,6%, у остальных (12,9%) – очаговая. Рассматриваемые группы больных были идентичны по частоте бактериовыделения и наличия полостей распада в легких. Все больные получали химиотерапию согласно стандартным схемам лечения, рекомендуемым приказом МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003г. На основании полученных данных установлено, что продолжительность основного курса лечения у больных туберкулезом легких без сопутствующей патологии составила в среднем 9,2 мес., у больных с сопутствующей патологией 12,1 мес. Причем наиболее продолжительным было лечение у лиц с сопутствующим хроническим бронхитом (11,9 мес), что связано с нарушением вентиляционной и дренажной функции бронхов, ухудшением газообмена, развитием гипоксемии и гиперкапнии, нарушением проходимости бронхов, развитием дыхательной недостаточности и формированием легочного сердца. Длительным был курс химиотерапии у больных туберкулезом легких и хроническим гепатитом (11,3 мес). Основная причина – плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, сложность их подбора в связи с гепатотоксическим действием, вынужденный интермитирующий режим лечения. Больные туберкулезом легких в сочетании с язвенной болезнью получали противотуберкулезные препараты в среднем 10,9 мес. основная причина длительного лечения состояла в плохой переносимости таблетированных форм препаратов, обострений язвенной болезни в процессе химиотерапии и связанного с этим вынужденного перерыва в лечении. У больных при сочетании туберкулеза легких и сахарного диабета продолжительность основного курса лечения составила 10,4 мес. Это ниже, чем в других группах. По-видимому это обусловлено постоянным контролем за течением сахарного диабета у больных туберкулезом. У больных, страдающих только туберкулезом легких, прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада наступало в более ранние сроки (2,6 мес. и 6,2 мес. соответственно), чем у больных с сочетанной патологией (3,4 мес. и 9,8мес. соответственно). Наихудшие показатели по всем параметрам отмечены в группе больных с хроническим бронхитом, что связано с обструктивным синдромом, который отягощает течение туберкулеза легких, удлиняет сроки лечения и снижает его эффективность. Проводимые интенсивные режимы химиотерапии оказали отрицательное влияние на течение сопутствующих заболе-

ваний. Установлено, что обострение язвенной болезни отмечено у 21,8% больных, хронического бронхита – у 29,1%, обострение хронического гепатита – у 40,5%, ухудшилось течение сахарного диабета у 8,7%.

Таким образом, наличие сопутствующей патологии у больных туберкулезом легких существенно влияет на эффективность лечения, удлиняет сроки противотуберкулезной терапии.

Панкратова Л.Э, Липатова В.В., Кирбаева М. М. Характеристики течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

В последние годы отмечается увеличение числа больных с такой сочетанной патологией, как туберкулез и ВИЧ-инфекция, и принято считать, что ВИЧ-инфекция и туберкулез – это две взаимосвязанные эпидемии (Aliyu MN, 2004). Туберкулез при этом является одной из наиболее часто встречающихся причин заболеваемости и смертности среди ВИЧ-инфицированных лиц. ВИЧ – инфекция – это мощный фактор, увеличивающий риск заболевания туберкулезом. Риск развития туберкулеза у ВИЧ – инфицированного в 10 раз выше, чем у человека без ВИЧ – инфекции. Туберкулез является одной из основных причин смертности ВИЧ-инфицированных (Протоколы ВОЗ для стран СНГ, 2004г.)

Эпидемия ВИЧ-инфекция/СПИД за последние 20 лет приобрела пандемический характер и представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для социального прогресса и развития человечества (Онищенко Г.Г., 2003). Понимание взаимодействия двух эпидемий является необходимым для организации мероприятий по борьбе с туберкулезом в странах с высокими темпами роста и высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (De Colombani P et al 2003, WHO/HTM/2004,330).

На протяжении 1990-х г.г. после распада Советского Союза, заболеваемость туберкулезом постоянно увеличивалась. Так, в период с 1991г. по 2000г. заболеваемость туберкулезом возросла с 34 до 97 на 100 тыс. населения. Резкий рост заболеваемости туберкулезом в 90-х годах был связан с ухудшением социально-экономических условий и недостаточно эффективной деятельностью социальных и медицинских служб, а не влиянием ВИЧ-инфекции, т. к. эпидемия ВИЧ-инфекции началась в России лишь в 1996-1997г.г., намного позже, чем в западно-европейских и африканских странах (UNAIDS/WHO, 2004). В 2000-2008 г.г. уровень заболеваемости туберкулезом в России несколько снизился, составляя в 2005 г. 83,8, а в 2008 г. 83,2 на 100 тыс. населения, однако эпидемия ВИЧ-инфекции может негативно отразиться на этой тенденции.

В 1999-2003 г.г. кумулятивное число больных с различными стадиями ВИЧ-инфекции в Российской Федерации выросло с 30 000 до 300 000 (в 10 раз) и составило 186 на 100 тыс. населения (Central Research Institute of Epidemiology, information bulletin no 26, Moscow, 2004). В дальнейшем рост продолжался, и к 2009 г. распространенность ВИЧ-инфекции была равна 323 случаям на 100 тыс. населения.

Лица, инфицированные одновременно ВИЧ и МБТ имеют повышенный риск развития активного туберкулеза. Количество больных с сочетанной патологией увеличивается, и к 2015 году каждый четвертый случай туберкулеза будет ВИЧ-ассоциированным (диапазон от 10 до 50% (Williams BG, 2003).

Диагностика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов нередко вызывает затруднения, а течение туберкулеза у этой категории больных часто тяжелое и прогностически неблагоприятное. В связи с этим нами поставлена **цель** проанализировать клиническое течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов на примере ГУЗ СГТБ (г. Саратов).

Обследовано 68 больных с сочетанной патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез), находившихся на лечении в ГУЗ СГТБ в 2007 – 2009 гг. Мужчин среди них было 66,2 %, женщин – 33,8%. По возрастному составу преобладали лица молодого (до 30 лет) и среднего возраста (от 31 до 40 лет), они составляли 44,9% и 42,9% соответственно. Лишь 12,2% больных было старше 40 лет. Подавляющее большинство больных (84,1%) были городскими жителями. Преобладали безработные – 79,6%. Инвалидов было 6,1%. У 55,8% пациентов были выявлены легочные формы туберкулеза, у 36,8% - сочетанное полиорганное поражение, 7,4% составил внелегочный туберкулез.

Легочный туберкулез был представлен инфильтративным туберкулезом – 59,4%, диссеминированным туберкулезом – 21,7%, туберкулемами – 12,5%, фиброзно-кавернозным туберкулезом – 3,1% и очаговым туберкулезом также 3,1%. При этом двухстороннее поражение отмечалось у 40,6% пациентов. Внелегочный туберкулез был представлен экссудативным плевритом и составил 7,4%. Сочетанные (полиорганные) поражения были представлены следующими локализациями: легкие – 100%, плевриты – 56,0%, менингиты – 32,0%, лимфаденопатии – 12,0%, туберкулез кишечника – 12,0%, туберкулез гортани 8,0%, перикардит – 4,0%, полисерозит – 4,0%. Из них две локализации туберкулезного процесса составляло 70,6%, три локализации – 29,4%. Легочный компонент при этом был представлен тремя формами: инфильтративный и диссеминированный туберкулез – по 48,0% и казеозная пневмония – 4,0%. Двухстороннее поражение легких составляло 72,7%.

При изучении распространенности туберкулезного процесса в легких было установлено, что поражение одного сегмента наблюдалось у 12,7%, двух сегментов и более – у 31,7% пациентов. При этом субтотальное поражение легких составляло больше половины случаев – 55,6%. Размеры полостей распада в легких колебались в следующих пределах: до 1,4 см деструкции наблюдались у 37,1% больных, 1,5 – 3 см у 31,4%, 3,1 – 4 см – 17,1%, деструкции более 4 см были выявлены у 14,3% наблюдавшихся.

Бактериовыделение отмечалось у 58,8% пациентов, у 41,2% - исследования мокроты на МБТ были отрицательными.

Была проанализирована хронология возникновения ВИЧ-инфекции и туберкулеза. У 55,0% больных ВИЧ-инфекция была выявлена первой. Продолжительность ВИЧ-инфекции составляла от 1 до 5 лет в 52,6% случаев, в течение 6 – 10 лет – 47,4%. У 45,0% больных первым был выявлен туберкулез.

У 6,3% пациентов была ВИЧ-инфекция III стадии, у 4,2% - IVA стадия, IVB стадия – встречалась в 60,4% случаев, IVB стадия (СПИД) – 29,2%.

Соотношение внутривенного и полового путей заражения ВИЧ-инфекцией было 7:1. Среди заразившихся внутривенным путем диагноз наркомании был установлен в 87,6%.

У 64,7% пациентов были диагностированы сопутствующие заболевания помимо ВИЧ-инфекции. Хронический гепатит С отмечался у 44,1% всех ВИЧ-инфицированных больных, герпес-вирусная инфекция – у 8,8%, оральная кандидоз – у 7,4% пациентов, гепатит В – у 4,4%. Сахарный диабет, токсоплазмоз, сифилис составили по 2,9% случаев. Хламидиоз, неспецифическая деструктивная пневмония, пиелонефрит встречались в 1,5% случаев.

Общее состояние больных колебалось от удовлетворительного (признаки интоксикации отсутствовали или были выражены в незначительной степени) – 20,6% случаев до состояния средней степени тяжести и тяжелого. Средняя степень тяжести (температура 37 – 38⁰С, умеренно выраженные признаки интоксикации, небольшая потеря массы тела) зарегистрирована в 35,3% случаев. В то же время почти у половины больных (44,1%) состояние расценивалось как тяжелое (температура 38 – 39⁰С, выраженные признаки интоксикации, кахексия, адинамия).

Гематологические показатели обнаруживали следующие изменения: анемия встречалась в 59,2% случаев, при этом количество эритроцитов снижалось до $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин у женщин от 91 до 115 г/л, у мужчин от 67 до 125 г/л. Лейкоцитоз отмечался у 12,3% больных и колебался от 11,8 до $21,6 \times 10^9/л$. Лимфопения наблюдалась в 42,9% случаев (от 3 до 17%). Повышение количества палочкоядерных форм встречалось в 49,1% наблюдений (от 7 до 29%). Анизоцитоз, пойкилоцитоз выявлен у 12,2% больных. СОЭ до 20 мм/час наблюдалось у 4,8% больных, 21 – 40 мм/час - у 24,4%, повышение до 41 мм/час и выше в 57,8% случаев.

Выводы. Среди пациентов, страдавших туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, преобладали мужчины, по возрасту – молодая и средняя возрастная группы, преимущественно городские жители, безработные. Изолированный внелегочный туберкулез встречался лишь в 7,4% случаев и был представлен туберкулезным плевритом. Больше половины (55,8%) составили пациенты с изолированным легочным поражением. Среди форм легочного туберкулеза преобладали инфильтративный и диссеминированный процессы, они были преимущественно распространенными, а более чем у половины больных субтотальными. В то же время размеры полостей были, как правило, небольшими. Бактериовыделение при этом выявлялось сравнительно редко - лишь у 58,8% обследованных больных. У 36,8% выявлено сочетанное полиорганное поражение. Среди сочетанных поражений помимо легочного процесса, в основном, встречались плевриты и менингиты. Почти у 65% больных были диагностированы сопутствующие заболевания помимо ВИЧ. У половины обследованных больных состояние было тяжелым, что сопровождалось выраженной интоксикацией и значительными гематологическими сдвигами (анемия у 60% больных, лимфопения у 43%, палочкоядерный сдвиг у 49%, повышение СОЭ более 40 мм/час у 58%

больных). Стадия ВИЧ-инфекции в основном была представлена IVБ (стадия вторичных заболеваний) и IVВ (СПИД).

Группа больных с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом является крайне тяжелой, требует адекватной химиотерапии и индивидуальной коррекции иммунного статуса. Необходимо дальнейшее повышение эффективности профилактических мероприятий среди ВИЧ-инфицированных пациентов для минимизации угрожающего влияния ВИЧ-инфекции на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу.

Шевырталова О.Н., Мадаева И.М., Долгих В.В., Поляков В.М. Обструктивные нарушения дыхания во время сна и эссенциальная артериальная гипертензия у подростков: психофизиологические особенности

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Известно несколько десятков расстройств сна, которые изменяют его структуру и могут потенциально влиять на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Учитывая тесную связь кардиоваскулярной и респираторной системы, вполне логично предположить, что нарушения дыхания во время сна, а именно, синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОА/ГС) в сочетании с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) не только определяют ее характер течения и прогноз, но и оказывают влияние на состояние всех сфер высшей нервной деятельности (ВНД) организма человека при данной патологии, однако подобных исследований у подростков ранее не проводилось.

Цель: Выявить психофизиологические особенности при сочетании обструктивных нарушений дыхания во время сна и эссенциальной артериальной гипертензии у подростков.

Материалы и методы исследования: В основную группу были включены 18 подростков мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет с диагнозом ЭАГ, верифицированным по данным суточного мониторирования артериального давления, и СОА/ГС, выявленным при проведении полисомнографического исследования по стандартной методике. Группу сравнения составили 20 подростков, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы, с уточненным диагнозом ЭАГ, но без изменения паттерна дыхания во время сна. Последующее специализированное обследование пациентов включало проведение патопсихологического исследования для оценки состояния эмоционально-личностной и когнитивной сфер высшей нервной деятельности с помощью специальных таблиц, опросников и методик. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью электронных таблиц EXCEL и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» версии 6.0, и включала методы дескриптивной статистики с вычислением значения медианы, 25% и 75% перцентиля оцениваемого показателя. Для оценки достоверности различий изу-

чаемых показателей использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Все различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты: При сопоставлении полученных данных о состоянии эмоционально-личностной сферы ВНД, у подростков с сочетанием ЭАГ и СОА/ГС, относительно группы сравнения, уровень тревожности и депрессии оказался ниже в 1,7 и 1,4 раза ($p < 0,05$ по U-критерию), в то же время наблюдалось увеличение склонности к агрессивному поведению и манипулятивному поведению в 1,6 и 1,5 раз соответственно ($p < 0,05$ по U-критерию). При этом отмечалось достоверное снижение индекса развития когнитивных функций относительно группы сравнения: уровня внимания и памяти в 1,4 и 1,8 раза соответственно ($p < 0,05$ по U-критерию), индекса развития речевой и мыслительной функции в 1,5 и 1,3 раза соответственно ($p < 0,05$ по U-критерию).

Заключение: Таким образом, в ходе проведенного исследования, было доказано, что в сочетании СОА/ГС и ЭАГ усугубляет имеющиеся изменения в психоэмоциональной и когнитивной сферах ВНД с преимущественным нарушением развития когнитивных функций. Наличие данного факта можно объяснить отсутствием адекватного поступлением кислорода к тканям головного мозга в ночное время вследствие периодической гипоксемии, а также недостатком глубоких стадий сна, необходимых для восстановления основных психических функций организма.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Никитина А.К., Щербакова А.В. Скорость клубочковой фильтрации у больных хроническим лимфолейкозом

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – наиболее распространенный вид лейкоза в странах Европы и Северной Америки. Это клональное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся пролиферацией и увеличением в периферической крови количества зрелых лимфоцитов на фоне лимфоцитарной инфильтрации костного мозга, лимфоузлов, селезенки и других органов.

В мире хроническим лимфолейкозом заболевают 2–6 человек из 100000 ежегодно. В России ежегодно заболевают более 3,5 тыс. человек, среди которых 30–40% лиц трудоспособного возраста. Наличие сопутствующей патологии негативно сказывается как на течении основного заболевания, так и на возникающих в процессе лечения осложнениях. Поэтому весьма актуальным является изучение, в частности, функции почек у данной группы больных.

Цель работы. Изучить функциональное состояние почек у больных хроническим лимфолейкозом.

Материалы и методы. На базе гематологического отделения ГУЗ Иркутская ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница проведено обследование 103 больных хроническим лимфолейкозом (53 муж., 50 жен.). Средний возраст больных составил $63,4 \pm 9,75$ года ($m = 0,95$): у мужчин – $61,7 \pm 10,23$ года

($m=1,39$), у женщин – $65,2\pm 8,96$ года ($m=1,25$). Диагноз верифицирован по общепринятым критериям: абсолютное количество лимфоцитов превышает $10\times 10^9/\text{л}$, обнаружение более 30% лимфоцитов в костно-мозговом пунктате, иммунологическое подтверждение наличия В-клеточного клона лейкоэмических лимфоцитов. Расчёт СКФ проводили по уровню креатинина крови по формуле MDRD..

Статистическая обработка проведена с помощью STATISTICA (StatSoft, USA).

Результаты. У исследуемых больных СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² имели 51 чел. (48,6%), а у 52 чел. (51,4%) скорость клубочковой фильтрации составила < 90 мл/мин/1,73 м² (Рис. 1).

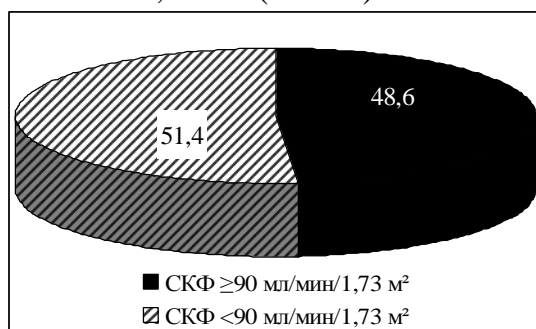


Рисунок 1. Распределение больных ХЛЛ по СКФ (%).

Скорость клубочковой фильтрации распределилась по стадиям следующим образом: I стадию (СКФ ≥ 90) имели 51 человек (49,5%); II стадия (СКФ от 60-89 мл/мин/1,73 м²) была у 43 человек (41,7%), а III стадия (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²) была у 9 человек из 103 (Рис. 2).

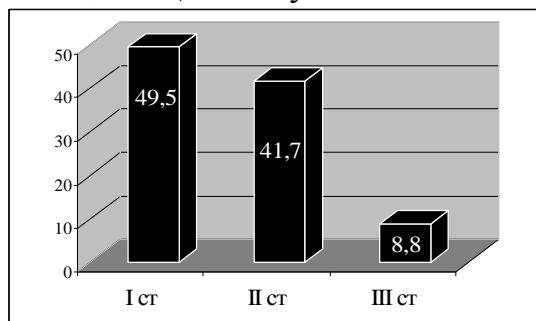


Рисунок 2. СКФ у больных ХЛЛ по стадиям (%).

Среди женщин с хроническим лимфолейкозом СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² выявлена у 18 человек (36%) и < 90 мл/мин/1,73 м² - у 32 человек (64%) (Рис. 3).

У мужчин СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² имели 33 человека (62,3%), а менее 90 мл/мин/1,73 м² СКФ отмечалась у 20 человек (37,7%) (Рис. 3).

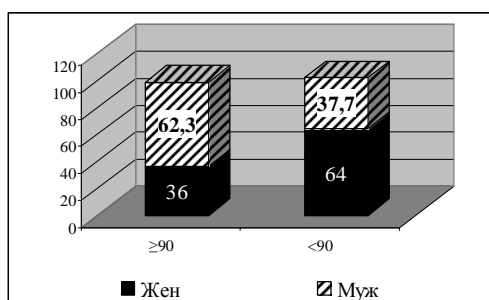


Рисунок 3. СКФ у больных ХЛЛ в зависимости от пола (%).

При сравнительном анализе больных с нормальной и сниженной СКФ значимость различий не была получена, но стремится к ней ($0,05 < p < 0,1$). Поэтому, группы были выравнены по численности с использованием генератора случайных чисел.

Выводы.

- 1) Снижение скорости клубочковой фильтрации отмечено у половины больных ХЛЛ.
- 2) У больных хроническим лимфолейкозом преобладает снижение скорости клубочковой фильтрации первой и второй степени
- 3) У женщин снижение скорости клубочковой фильтрации выявляется чаще, чем у мужчин.

Пенчугова Е.В., Скочилова Е.Т. Функция почек у больных с нестабильной стенокардией

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель исследования: изучить функцию почек и причины ее нарушения у больных с нестабильной стенокардией.

Материалы и методы: у пациентов собирали анамнез, опрашивали с помощью Сиэтловского опросника по стенокардии. Инструментальные методы обследования включали электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и ЭКГ, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, почек. Из лабораторных методов применялись: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, мочевина, холестерин), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD.

Результаты исследования: Обследовано 34 человека с диагнозом ИБС. Нестабильная стенокардия. Из них 20 мужчин, 14 женщин, средний возраст составил 60,2лет (доверительный интервал 56,7 –63,7г). Толщина коркового слоя почек имеет отрицательную связь с индексом Соколова–Лайона ($R = -0,65$) и толщиной задней стенки левого желудочка ($R = -0,84$). Ударный объем (УО) достоверно связан с длиной почек ($R = 0,70$), скорость в аорте имеет отрицательную связь с длиной почек ($R = -0,80$), фракция выброса (ФВ) достоверно связан с косым вертикальным размером (КВР) печени ($R = 0,60$). Выраженность стенокардии по SAQ достоверно связана с временем ускорения в легочной артерии ($R = 0,71$), со скоростью в выходном отделе левого желудочка ($R = 0,86$),

отрицательно с толщиной коркового слоя почек ($R = -0,4$). Протеинурия имеет отрицательную связь с КВР печени ($R = -0,56$), индексом Соколова–Лайона ($R = -0,48$).

Выводы: Обнаружена тесная связь между УО, скоростью в аорте и размерами почек.

У больных с нестабильной стенокардией ФВ и КВР печени связаны. Имеется умеренная обратная связь между КВР печени, индексом Соколова–Лайона и протеинурией. У больных нестабильной стенокардией со структурными изменениями почек и без таковых СКФ достоверно не различается, так же как и показатели суточного мониторирования АД. В группе со структурными изменениями почек достоверно меньше объем талии и диаметр *v.cava inferior*, но достоверно больше толщины задней стенки левого желудочка.

Соловьёв Д.А. Терапия хронической инфравезикальной обструкции при сопутствующей артериальной гипертензии

Центральная клиническая медико-санитарная часть, Ульяновск

Инфравезикальная обструкция (ИВО) у мужчин обусловлена заболеваниями, нарушающими отток мочи из мочевого пузыря. Этиология хронической ИВО различна. Это могут быть как врожденные, так и приобретенные заболевания. Наиболее частой причиной ИВО у взрослых является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Учитывая преимущественно пожилой возраст таких пациентов нужно иметь в виду высокую распространённость сопутствующей патологии, в частности артериальной гипертензии. До начала 90-х годов XX века оперативные вмешательства были основными в лечении ИВО на фоне ДГПЖ. Однако по мере изучения этиологии и патогенеза гиперплазии простаты появились новые эффективные лекарственные средства. Сегодня все препараты, применяемые при ДГПЖ, можно разделить на 3 группы: альфа1-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и многочисленная группа растительных препаратов. Наибольшее применение среди медикаментозных средств получили препараты группы альфа1-адреноблокаторов. Общий и главный механизм их действия заключается в уменьшении динамического компонента обструкции за счёт снижения тонуса гладких мышц шейки мочевого пузыря, фиброзно-мышечной стромы и капсулы простаты. Однако также известно, что эта группа препаратов обладает антигипертензивным эффектом, который обусловлен расширением сосудов и снижением общего периферического сосудистого сопротивления. Целью настоящего исследования было изучить эффективность применения альфа-адреноблокатора теразозина у пациентов с ДГПЖ и сопутствующей артериальной гипертензией.

В исследование включено 48 пациентов в возрасте от 56 до 74 лет (средний возраст 65,2 лет). У всех была 1 стадия ДГПЖ и 1-2 стадии артериальной гипертензии. Длительность ИВО составляла в среднем 2,4 года, а артериальной гипертензии 5,5 лет. Продолжительность приёма теразозина в дозе 5 мг (после титрования дозы в течение 10 дней) составляла 6 мес. С началом приёма препарата все гипотензивные средства были отменены (лечение артериальной гипер-

тензии другими препаратами получали 18 пациентов, 30 пациентов лечение по поводу артериальной гипертензии до исследования не получали). Оценку степени выраженности ИВО проводили путём анализа максимальной объёмной скорости мочеиспускания (Q_{max}) измеряемой при урофлоуметрии. Оценку выраженности артериальной гипертензии – измерением артериального давления на плечевой артерии методом Короткова. Оценку безопасности терапии проводили на основании определения частоты, характера и степени выраженности побочных эффектов.

Применение terazолина привело к статистически достоверному уменьшению ИВО и артериальной гипертензии. Исходное значение Q_{max} в среднем составило 9,9 мл/с. Показатели артериального давления: систолическое - 156,2, диастолическое - 87,8 мм.рт.ст. После 6 месяцев терапии среднее значение Q_{max} составило 12,7 (+2,8) мл/с. Значения артериального давления снизились до 141,1 и 78,6 мм.рт.ст. Иными словами, систолическое давление снизилось в среднем на 9,7%, а диастолическое на 10,5%. В целом положительный лечебный эффект был достигнут у 41 человека (85%). Переносимость больными проводившейся терапии была хорошей: в ходе исследования ни у одного из пациентов не возникло серьёзных побочных эффектов.

Таким образом, данные нашего исследования показывают, что приём альфа-адреноблокаторов у данной категории больных приводит к улучшению параметров мочеиспускания и уменьшает выраженность ИВО вследствие ДГПЖ, а также позитивно влияет на течение артериальной гипертензии.

Соловьёв Д.А. Диагностика ранних стадий обструктивной уропатии при сочетании инфравезикальной обструкции и гипертонической болезни

Центральная клиническая медико-санитарная часть, Ульяновск

Известно, что тяжесть заболевания при хронической инфравезикальной обструкции (ИВО) определяется не только изменениями в самих нижних мочевых путях, но и состоянием уродинамики верхних мочевых путей и функциональным состоянием почечной паренхимы. Причем изменения в верхних мочевых путях нередко выступают как решающие в развитии патологического процесса. Наблюдения показывают, что хроническая инфравезикальная обструкция приводит к значительным нарушениям уродинамики, в том числе к двустороннему гидроуретеронефрозу и почечной недостаточности. Подобная перестройка в условиях хронической задержки мочеиспускания опасна развитием воспалительного процесса – пиелонефрита. Однако в настоящее время не разработаны адекватные методы ранней диагностики повреждения почек при обструктивных уропатиях.

В клинической практике для оценки повреждения почек используется такой параметр как уровень микроальбуминурии. Ранее нами установлено, что определение уровня микроальбуминурии позволяет диагностировать обструктивную уропатию на ранних стадиях. Однако известно, что у больных легкой и

умеренной артериальной гипертензией распространённость микроальбуминурии составляет в среднем 25%. Таким образом, возникает вопрос о диагностической значимости микроальбуминурии у больных с обструктивной уропатией и гипертонической болезнью. Целью нашего исследования было определить диагностическую значимость уровня микроальбуминурии при сочетании ИВО и гипертонической болезни.

При скрининге для определения микроальбуминурии использовались тест-полоски Albu-Sure test (с пределом чувствительности более 20 мг/л). При положительном результате повышенный уровень микроальбуминурии уточнялся с помощью количественного иммуноферментного метода. В норме уровень микроальбуминурии составляет менее 20 мг/л.

В исследование включено 16 больных с инфравезикальной обструкцией, вызванной аденомой простаты. Все больные имели отрицательные результаты бактериологического анализа мочи, не страдали сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Вторую группу составили 18 человек с ИВО и гипертонической болезнью. Третью группу составили 12 человек с гипертонической болезнью и без ИВО. Контрольную группу составили 30 здоровых человек. Значимых различий по возрасту в исследуемых группах не было.

Уровень микроальбуминурии в суточной моче у больных с обструктивной уропатией составил $25,1 \pm 2,3$ мг/л, у больных второй группы $27,2 \pm 3,1$ мг/л, у больных третьей группы $24 \pm 3,5$ мг/л; в то время как в группе здоровых этот показатель у всех составил менее $13,8 \pm 0,8$ мг/л ($p < 0,001$). Таким образом, мы видим, что достоверных различий между больными первой, второй и третьей групп нет. Можно отметить лишь некоторое превышение среднего результата у больных второй группы по сравнению с первой и третьей. Это связано с тем, что уровень микроальбуминурии зависит от степени повреждения почечной ткани, а не от причины её вызывающей. Определение уровня микроальбуминурии позволяет диагностировать обструктивную уропатию на ранних стадиях только у больных, которые не страдают гипертонической болезнью. При сочетанной патологии необходимо делать поправку на возможность соответствующей нефропатии.

Щербакова А.В., Дульский В.А., Федорова Е.А., Сараева Н.О. Уровень гемоглобина и скорость клубочковой фильтрации у больных множественной миеломой

Иркутский государственный медицинский университет

ГУЗ Иркутская орден «Знак Почёта» ОКБ, г. Иркутск

Множественная миелома (ММ) – это самая частая опухоль из группы секретирующих гемобластозов. Одно из наиболее значимых осложнений этого заболевания – поражение почек. Почечная недостаточность имеет место у 25–50% больных уже к моменту установления диагноза и занимает второе место по причине смертности больных ММ. Снижение функции почек и, в частности, скорости клубочковой фильтрации, требует особого внимания в отношении вы-

явления и коррекции анемии. Эти данные были получены для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и нашли отражение данного вопроса в национальных клинических рекомендациях.

В связи с этим, **целью** нашей работы явилось изучение возможной связи между скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и уровнем гемоглобина у больных ММ.

Материалы и методы. На базе гематологического отделения ГУЗ Иркутская ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница проведено обследование 97 (40 мужчин и 57 женщин) больного ММ. Диагноз ММ был установлен согласно стандартным критериям: уровень плазматических клеток в костном мозге более 10% и наличие парапротеина в сыворотке крови и/или моче. Средний возраст больных составил 60,4 (от 43 до 82) лет. Расчёт СКФ проводили по уровню креатинина сыворотки крови по формуле MDRD. Анемический синдром выявлялся при снижении уровня гемоглобина у мужчин ниже 130 г/л, у женщин – ниже 120 г/л.

Статистическая обработка проведена с помощью STATISTICA (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. По СКФ все больные были разделены на три группы: первая группа – СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м²; вторая - $< 60 - 89$ мл/мин/1,73 м²; третья - < 60 мл/мин/1,73 м². По уровню гемоглобина – на две: с нормальными и сниженными показателями гемоглобина.

У больных ММ выявлена прямая средняя корреляционная связь между СКФ и уровнем гемоглобина ($r = 0,54$; $p = 0,0007$). При этом показатели корреляционной связи и ее достоверность не изменялись при делении больных на группы в зависимости от СКФ. Имело значение только наличие нормальной или сниженной СКФ. В зависимости от пола выявленная закономерность между СКФ и уровнем гемоглобина сохранялась: у женщин - $r = 0,45$; $p = 0,02$, у мужчин - $r = 0,75$; $p = 0,005$.

Выводы.

1. У больных множественной миеломой выявлена прямая средняя корреляционная связь между СКФ и уровнем гемоглобина
2. Корреляционная связь между СКФ и уровнем гемоглобина сохраняется при делении пациентов на группы в зависимости от пола
3. Показатели корреляционной связи и ее достоверность не изменяются от степени снижения СКФ.

ДРУГИЕ КОМОРБИДНЫЕ БОЛЕЗНИ

Беялов Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В последние годы все больше внимания уделяется состояниям с сочетанием двух и более заболеваний у одного пациента. Сосуществование болезней нередко в отечественных работах описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния. В зарубежной научной литературе

чаще применяется термины коморбидные заболевания или состояния (comorbid diseases, comorbid conditions), коморбидность (comorbidity), мультиморбидность (multimorbidity).

Полагаем, что настало время унификации терминологии с принятием коморбидности и коморбидных заболеваний и состояний как наиболее популярных вариантов.

Тезис 1. Коморбидные болезни встречаются часто, особенно у пожилых пациентов.

Врачам часто приходится вести пациентов с сочетанием нескольких заболеваний. Анализ 10-летнего австралийского исследования пациентов с шестью распространенными хроническими болезнями, проведенных в течение 10 лет, показал, что около половины пожилых пациентов с артритом имеют артериальную гипертензию, 20% – сердечно-сосудистые заболевания, 14% – диабет и 12% – психические расстройства (Caughey G.E. et al, 2008). Более 60% пациентов с астмой указали на сопутствующий артрит, 20% – сердечно-сосудистые заболевания и 16% – диабет. Среди пациентов с сердечно-сосудистыми болезнями 60% имели артрит, 20% – диабет и 10% – астму или психические проблемы.

У пожилых пациентов с хронической болезнью почек частота ишемической болезни сердца (ИБС) выше на 22%, а новых коронарных событий – в 3.4 раза по сравнению с пациентами без нарушения функции почек (Aronow W.S. et al., 2000). При развитии терминальной почечной недостаточности, требующей заместительной терапии, частота хронической ИБС составляет 24.8%, а инфаркта миокарда – 8.7% (United States Renal Data System, 2002). Кроме того, хроническая болезнь почек является фактором высокого риска осложнений ИБС (АНА/НKF, 2006).

Число коморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом. Мультиморбидность повышается с 10% в возрасте до 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше (van den Akker M. et al, 1998; AINW, 2006).

Тезис 2. Повышенная частота коморбидности не может объясняться только высокой распространенностью болезней.

Исследования показывают, что нельзя полностью объяснить высокую частоту сочетания заболеваний только математическим умножением частот. Можно предложить следующую типологию коморбидности заболеваний:

- случайная – случайное сочетание;
- причинная – общая причина вызывает обе болезни;
- осложненная – основное заболевание вызывает другое;
- неуточненная – состояния связаны, но причинные отношения точно не определены.

Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами, факторами риска и неспецифическими патофизиологическими механизмами.

В частности, вирус гепатита С может вызвать гломерулонефрит, периферическую нейропатию, миокардит, тиреоидит и другие болезни (Berenguer M., Wright T.L., 2002).

Такие известные факторы риска как артериальная гипертензия, дислипидемия, гипергликемия, диабет и курение являются общими факторами риска ИБС, ишемического инсульта, перемежающейся хромоты, сердечной недостаточности, хронической болезни почек, эректильной дисфункции.

Универсальные неспецифические патофизиологические механизмы играют важную роль в развитии полиморбидности. Объяснить повышенный риск сердечно–сосудистых заболеваний у пациентов с хроническими воспалительными болезнями только влиянием традиционных факторов риска не удастся (Gonzalez A. et al, 2008). Выяснено, что воспаление играет важную роль не только в развитии артритов и системных заболеваний соединительной ткани, но и атеросклероза сосудов.

Тезис 3. У пациентов с коморбидными заболеваниями возрастает тяжесть состояния и ухудшается прогноз.

Практикующим врачам хорошо известно, что наличие сопутствующих заболеваний негативно влияет на течение и исходы заболеваний. Исследования подтверждают эти наблюдения.

Коморбидные заболевания, особенно сердечно–сосудистые, значительно (+78%) повышают смертность пациентов с диабетом 2 типа, находящихся на перитонеальном диализе (Miguel A. et al, 2002).

Среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, получающих длительную кислородотерапию, в случае индекса коморбидности Чарлсона равном 0, 1 и более или равном 2 смертность через 3 года составила 55, 64.5 и 82.3% соответственно (Martí S. et al, 2006). На каждые 10% снижения объема форсированного выдоха за 1 секунду сердечно–сосудистая смертность у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких возрастает на 28%, а число нефатальных коронарных событий – почти на 20% (Sin D.D. et al, 2005).

Тезис 4. Коморбидность необходимо учитывать при диагностике болезней.

Многие заболевания имеют сходные клинические и лабораторные проявления, затрудняющие своевременную постановку диагноза. В ряде случаев хронических обструктивных заболеваний легких возникают серьезные трудности с диагностикой ИБС. Например, во время обострения астмы у 70% пациентов выявляется дискомфорт в груди. С другой стороны, у пациентов с дискомфортом в груди и отрицательным стресс–тестом в 60% выявляют гиперреактивность бронхов (Kiss D. et al, 2003). Дискомфорт в груди при обструктивных заболеваниях легких обычно связан с трахеитом или сильным кашлем, который может привести к разрывам периоста и ущемлению межреберных мышц (Edmondstone W.M., 2000). В этих случаях дискомфорт и боли имеют костно–мышечный характер – усиливаются при глубоком дыхании и кашле.

Сложности нередко появляются и при выполнении стресс–тестов, поскольку снижена толерантность к нагрузке из–за дыхательной недостаточности, имеются неспецифические нарушения реполяризации на электрокардиограмме, а бета–агонисты могут вызвать синусовую тахикардию и аритмии сердца. Важно помнить, что дипиридамол противопоказан при обструкции бронхов, а при необходимости проведения фармакологического стресс–теста у пациентов со

стабильной обструкцией бронхов можно предварительно ввести 50 мг аминофиллина.

В некоторых случаях диагностика заболевания вообще может быть нецелесообразна. Например, у женщин старше 60 лет с сердечной недостаточностью скрининг колоректального рака вряд ли оправдан, так как выгоды от диагностики рака перекрываются небольшой ожидаемой продолжительностью жизни (Braithwaite R.S. et al, 2007).

Тезис 5. Лечение заболевания требует учета коморбидности.

Многие лекарственные препараты имеют сложный механизм действия, связанный с различными органами и тканями.

При значительном нарушении функции почек и печени необходимо изменять дозы препаратов, преимущественно выводящихся через почки или метаболизирующихся в печени. Например, при скорости клубочковой фильтрации менее 10 мл/мин на 50% снижается доза ловастатина, флувастатина, симвастатина, но не меняется дозировка аторвостатина и правастатина (K/DOQI, 2003).

В последние годы было показано повышение смертности при использовании у пациентов с астмой бета₂-агонистов, особенно при монотерапии у молодых (Cates C.J. et al, 2008; Salpeter S.R. et al, 2006). Не случайно, комитет FDA запретил применение бета₂-агонистов при астме без сопутствующей терапии кортикостероидами. Несомненно, риск этих препаратов должен быть более высоким у пациентов с ИБС или факторами высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Нестероидные противовоспалительные препараты, особенно селективные, повышают риск тромбозов и не показаны при ИБС и у пациентов с высоким риском ишемического инсульта (АНА, 2007).

У пациентов с внебольничной пневмонией коморбидность с другими заболеваниями внутренних органов ассоциируется с повышением риска осложнений и летальности, что требует более активной антибактериальной терапии (IDSA/ATS, 2007).

Пациентам с хронической обструктивной болезнью легких при наличии сопутствующих болезней, включая диабет или сердечную недостаточность, врачи чаще назначают антибиотики (Bont J. et al, 2007). В этих случаях выбираются более активные препараты с широким спектром, например, респираторные фторхинолоны.

Тезис 6. Лечение нескольких заболеваний требует учета взаимовлияния медикаментов.

Подбор медикаментов для лечения нескольких заболеваний может вызывать затруднения в учете взаимовлияния различных лекарственных препаратов.

В 20–30% случаях пациенты с артериальной гипертензией принимают одновременно нестероидные противовоспалительные препараты. Последние снижают антигипертензивный эффект бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов, в меньшей степени тиазидов, и мало влияют на антигипертензивный эффект антагонистов кальция (Takeuchi K. et al, 1991).

Лечение гипертиреоза тиреостатическими препаратами требует учета повышенного риска нейтропении у пациентов, применяющих ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Коррекция эректильной дисфункции силденафилом может привести к тяжелой гипотензии у пациентов, принимающих нитраты.

Тезис 7. Коморбидные заболевания требуют значительного увеличения медицинских ресурсов.

Коморбидность представляет серьезную проблему для здравоохранения, так как лечение нескольких заболеваний требует увеличения расходов и затруднительно в условиях продолжающейся узкой специализации лечебных учреждений и подразделений.

У пациентов с диабетом наличие сопутствующих заболеваний, связанных или несвязанных с диабетом, значительно повышает использование медицинских ресурсов (Struijs J.N. et al, 2006). Например, при отсутствии, а также наличии 1, 2, 3 и более сопутствующих заболеваний частота контактов с врачом общей практики составляла 8.9, 13.7, 20.8 и 28.8%, выписка рецептов – 18.1, 25.9, 39.8 и 57.1%, числа госпитализаций в год – 1.7, 2.3, 2.9 и 3.2%, длительность госпитализаций – 6.7, 6.3, 8.0 и 11.2 дней, всего дней госпитализации – 10.7, 14.8, 22.4 и 31.9 дней соответственно.

Тезис 8. Повышение числа медикаментов увеличивает риск побочных эффектов.

Пока не удастся создать препараты, лишенные побочных эффектов, а сочетанные заболевания требуют назначения и большего числа медикаментов, что соответственно, повышает риски лекарственных осложнений (Zhang M. et al, 2009; Kongkaew C. et al, 2008). Например, среди госпитализированных пациентов в Бразилии наличие сопутствующих болезней повысило на 40% риск побочных эффектов медикаментов (Passarelli M.C. et al, 2005).

Тезис 9. Коморбидные болезни снижают приверженность пациентов к лечению.

Коморбидные заболевания создают барьеры для самостоятельного лечения и уменьшают приверженность пациентов к лечению (Bayliss E.A. et al, 2003).

Употребление антигипертензивных препаратов значительно снижается у пациентов с астмой или хронической обструктивной болезнью легких на 57%, депрессией – на 50%, гастроинтестинальными расстройствами – на 41%, остеоартрозом – на 37% по сравнению с пациентами без сопутствующих болезней (Wang P.S. et al, 2005).

Уменьшение пациентов числа принимаемых препаратов связано с опасениями вреда химических веществ, побочными эффектами препаратов, неблагоприятным взаимодействием лекарств.

Тезис 10. Необходимо проводить больше научных исследований диагностики и лечения сочетанных болезней.

Обычно выраженная сопутствующая патология входит в критерии исключения для научных исследований лекарственных препаратов, поэтому надежных данных по особенностям диагностики и лечения сочетанных болезней

очень мало. Проведение научных исследований двух и более заболеваний существенно сложнее и методически разработано слабее, по сравнению с изучением одного заболевания.

Для стандартизации научных исследований сочетанных заболеваний предложено несколько индексов коморбидности (de Groot V. et al, 2003). Самый популярный индекс Чарлсона (Charlson Index) используется для прогноза летальности. Кумулятивная шкала рейтинга заболеваний (Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]) оценивает все системы организма без специфических диагнозов. Индекс сочетанной болезни (Index of Coexisting Disease [ICED]) учитывает тяжесть заболевания и нетрудоспособность.

Тезис 11. Важно выработать оптимальную стратегию ведения сочетанных болезней.

Лечить несколько заболеваний можно последовательно или параллельно. Последовательная стратегия подходит больше для ситуаций, когда одно заболевание вызывает другое. В противном случае часто приходится лечить оба заболевания одновременно. Одновременное лечение заболеваний может осуществляться как одним человеком (участковый врач, врач общей практики), так и группой специалистов, объединенных в команду или нет.

Для часто встречающихся состояний (гипертензия, диабет 2 типа, остеоартроз, ИБС, депрессия) наиболее целесообразным представляется ведение пациента одним врачом, который в случае редкой необходимости привлекает специалиста и координирует работу с ним (Starfield B. et al, 2003).

Тезис 12. В рекомендации по диагностике и лечению заболеваний целесообразно включать разделы коморбидных заболеваний и состояний.

Коморбидные болезни и состояния могут существенно повлиять на диагностику и лечение пациентов. Если использовать существующие рекомендации без учета коморбидности, особенно у пожилых, то лечение может быть небезопасным. (Boyd C.M. et al, 2005). Поэтому важно включать соответствующие разделы ведения распространенных сочетанных состояний в рекомендации для практикующих врачей.

В отличие от распространенных болезней–ориентированных рекомендаций с разделом коморбидных болезней, предлагается другой подход, основанный на интегральном (холистическом, целостном) подходе к пациенту (van Weel C., Schellevis F.G., 2006). Такие пациент–ориентированные рекомендации должны включать обсуждение диагностики и ведения пациентов с учетом основных аспектов жизнедеятельности, душевного состояния, факторов риска и имеющихся заболеваний.

Бурмистрова Л.Ф., Шibaева Т.М. Влияние антагонистов кальция на трансмитральный диастолический поток крови при различных типах диастолической дисфункции левого желудочка.

Медицинский институт ПГУ, Пенза.

Цель исследования изучить влияние антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда на показатели трансмитрального диастолического потока (ТМДП) у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от типа диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ).

Материалы и методы: обследовано 53 больных (29 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 45 до 60 лет ($54,3 \pm 3,2$ года), страдающих II степенью АГ (ВНОК, 2004). Больных, перенесших инфаркт миокарда, мозговой инсульт, а также страдающих хронической сердечной недостаточностью выше II функционального класса в исследование не включали. Допплерэхокардиографию проводили на фоне синусового ритма до и на фоне курсовой терапии антагонистами кальция. При выборе препарата учитывали исходные показатели систолической функции (сердечный индекс – СИ, ударный индекс – УИ, фракция выброса – ФВ) и тип ДДЛЖ. Из 53 больных у 8 (15,2%) выявлялась нормальная геометрия левого желудочка, у 12 (22,6%) концентрическое ремоделирование, у 21 (39,6%) – концентрическая гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и у 12 (22,6%) – эксцентрическая ГЛЖ. В исходном состоянии у 13 больных (24,5%) выявлялась ДДЛЖ с нарушением активного расслабления (гипертрофический или I тип), у 23 (43,4%) – псевдонормальный (II тип) и у 12 (22,6%) – рестриктивный (III тип).

С учетом выраженности систолической сердечной недостаточности больных разделили на 2 группы: 1-я группа – у больных с фракцией выброса более 55% лечение начинали с монотерапии изоптином СР, а 2-я группа – у больных с фракцией выброса ниже 50% с коринфара-ретард. В 1-ю группу преимущественно вошли больные с нормальной диастолической функцией и I типом ДДЛЖ (в 76,9% случаев), а во 2-ю группу – больные со II и III типом ДДЛЖ.

Результаты и обсуждение. Показано, что у больных с I типом ДДЛЖ при монотерапии изоптином СР достоверно уменьшились время изоволюмического расслабления (ВИВР) ЛЖ и максимальная скорость медленного кровенаполнения (V_a): в среднем на 20,7 и 18,3% соответственно ($p < 0,01$). При этом скорость максимального быстрого кровенаполнения ЛЖ (V_e) увеличилась в среднем на 17,9% ($p < 0,01$).

У больных с III типом ДДЛЖ на фоне монотерапии коринфаром-ретард сдвиги показателей ТМДП оказались менее выраженными: V_e уменьшилась на 13,6% ($p < 0,05$), V_a и вивр увеличились на 15,4 и 12,5% ($p < 0,01$) соответственно. При III типе ДДЛЖ и монотерапии коринфаром-ретард изменения ТМДП носили неоднозначный характер.

На втором этапе лечения проводили комбинированную терапию с указанными препаратами, добавляя к «основному» препарату второе лекарство в субоптимальных дозах. А результате отмечалось потенцирование гипотензивного эффекта, дополнительное уменьшение постнагрузки на левые отделы

сердца. За счет сбалансированного кардиогемодинамического эффекта изоптина СР и коринфара-ретард наблюдалось улучшение показателей ТМДП и нормализация диастолической функции ЛЖ.

Таким образом, выбор антагониста кальция для монотерапии зависит от типа ДДЛЖ. Комбинированное применение дигидропиридиновых и недигидропиридиновых производных в оптимальных дозах потенцируют антигипертензивный эффект и улучшают показатели ТМДП при различных типах ДДЛЖ.

Мальцева Л.Е., Ягудина Р.Н., Чайкисов Ю.С. Клинический случай внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больного высокого сердечно-сосудистого риска

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается весьма часто и может значительно нарушать качество жизни пациентов. Как известно, у ГЭРБ встречаются как пищеводные, так и внепищеводные проявления. Настоящий случай описывает внепищеводные проявления гастроэзофагеального рефлюкса.

Больной Р., мужчина 32 лет, поступил в кардиологическое отделение городской клинической больницы с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией под лопатку, длительностью до 20 мин. Так же его беспокоили перебои в работе сердца, приступы сердцебиения. Периодически отмечал повышение артериального давления до 170/100мм рт.ст. Боли за грудиной появились после эмоционального напряжения, не прошли после приема валокордина, пациент вызвал скорую помощь. Бригада скорой помощи дала пациенту две дозы изокета-спрея под язык (боли за грудиной уменьшились, но не купировались), 500 мг аспирина и доставила его в стационар.

При сборе анамнеза выяснено, что подобные симптомы беспокоят пациента в течение 3 лет. Боли за грудиной обычно возникали на фоне стрессовой ситуации и проходили самостоятельно или после приема седативных средств, часто сопровождалась перебоями в работе сердца, приступами сердцебиения. Повышение артериального давления отмечает с 28 лет, обследовался по поводу симптоматической артериальной гипертензии, однако была диагностирована эссенциальная гипертония. Лечился нерегулярно, последние 8-9 месяцев вообще не принимал гипотензивные препараты (назначались бисопролол и эналаприл в невысоких дозах). Наследственный анамнез отягощен – отец больного страдал гипертонической и ишемической болезнью сердца, в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда. Пациент курит по 25-30 сигарет в день в течение 17 лет. Злоупотребление алкоголем отрицает.

При объективном обследовании: больной повышенного питания, индекс массы тела 35,2. Границы сердца перкуторно расширены влево на 1,5-2см. Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений (ЧСС) 70 в минуту, выслушивалась экстрасистолия (3-4 в минуту). Артериальное давление (АД) при поступлении 140/90 мм рт ст. Живот без особенностей. На электрокардиограмме (ЭКГ) зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 61-67 в минуту, межпредсердная

блокада I ст, одиночная наджелудочковая экстрасистолия (3 по пленке), эпизод наджелудочковой тахикардии. Умеренные нарушения процессов реполяризации в виде сглаженности зубца Т в грудных отведениях.

Учитывая высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (степень артериальной гипертензии, курение, гипертрофия миокарда левого желудочка, наследственность), а так же частые нарушения ритма на ЭКГ покоя, пациенту были назначены бисопролол 2,5 мг в сутки, эналаприл 2,5 мг 2 раза в день, клопидогрел 75 мг в сутки (в анамнезе язвенная болезнь желудка).

Начато обследование: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови были нормальными. Показатели липидограммы: общий холестерин 3,8 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности 1,02 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 2,43 ммоль/л, липопротеиды очень низкой плотности 0,35 ммоль/л, триглицериды 0,78 ммоль/л. Были определены маркеры некроза миокарда: тропонин Т < 0,010 нг/мл, креатинфосфокиназа 51,11 МЕ/л.

Проведена эхокардиография: камеры не расширены, клапанной патологии не выявлено. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка. Сократительная функция сохранена.

При холтеровском мониторинге ЭКГ+АД выявлено большое количество нарушений ритма: частая суправентрикулярная экстрасистолия, в том числе с абберантным проведением, аллоритмированная по типу би- и тригеминии (всего 7776), парная суправентрикулярная экстрасистолия (всего 30), эпизоды неустойчивой наджелудочковой тахикардии (всего 3), короткий пароксизм фибрилляции предсердий (длительность менее 30 секунд, всего 1), эпизоды синоатриальной блокады 2 степени (всего 7, из них 5 ночью). Ишемических изменений сегмента ST-T не обнаружено. Цифры артериального давления на фоне приема бисопролола и эналаприла в пределах нормы.

Учитывая молодой возраст, ожирение, курение, жалобы на жжение за грудиной больному проведена эзофагогастродуоденоскопия. Выявлена функциональная недостаточность кардии, желудочно-пищеводный пролапс, распространенный поверхностный гастрит. Обсемененность *Helicobacter pylori* умеренная. Так как обнаружены признаки недостаточности кардиального отдела желудка, но не было признаков поражения слизистой пищевода, было решено провести тест с ингибиторами протонной помпы (суточная рН-метрия по техническим причинам была невозможна). Больной получал омепразол в дозе 40 мг два раза в сутки в течение недели. Параллельно проводилась эрадикационная терапия кларитромицином 500 мг 2 раза и амоксициллином 1 грамм 2 раза в сутки. Были даны рекомендации по отказу от курения, коррекции диеты и модификации образа жизни, общие для больных ГЭРБ.

На вторые сутки терапии омепразолом у больного прекратились эпизоды жжения за грудиной, стали реже перебои в работе сердца. На седьмые сутки пациент совсем не отмечал нарушений ритма. Проведено повторное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Зарегистрировано 7 суправентрикулярных экстрасистол в течение суток. На фоне приема бисопролола и эналаприла достигнут уровень АД 120/80 мм рт ст.

Больному было предложено проведение стресс-теста ЭКГ, но он от него отказался.

Пациент был выписан на 9 сутки от момента поступления с рекомендациями снизить вес, отказаться от курения, соблюдать диету и общие правила для больных ГЭРБ (не ложиться сразу после еды, спать с приподнятым головным концом кровати, не носить тесную одежду, не употреблять в пищу продукты, наиболее часто вызывающие рефлюкс, после еды использовать жевательную резинку без мяты и ментола). Рекомендовано продолжить прием бисопролола, эналаприла и клопидогреля.

Таким образом, тест с ингибиторами протонной помпы доказал наличие ГЭРБ, а повторное холтеровское мониторирование ЭКГ продемонстрировало связь рефлюкса с внепищеводными проявлениями и эффективность терапии препаратами, снижающими секрецию желудка.

Сущенко М.А., Козлова И.В. Клинические особенности патологии эзофагогастродуоденальной зоны при алкогольной болезни печени Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Цель: выявить особенности течения эзофагогастродуоденопатий при алкогольной болезни печени на основании результатов клинических, эндоскопических, гистологических данных.

Материалы и методы: обследовано 50 больных в возрасте от 30 до 50 лет с верифицированной наркологом алкогольной болезнью. Пациенты были разделены на 2 группы. I группу составили пациенты, имеющие патологию эзофагогастродуоденальной зоны без изменений в печени, II группа – пациенты имеющие изменения в эзофагогастродуоденальной зоне и патологию печени, среди которой на долю стеатогепатита пришлось 28% (7 человек), цирроз печени – 72% (18 человек). Группу сравнения составили больные с гастропатиями в возрасте от 30 до 50 лет, практически не употребляющих алкоголь и имеющие заболевания органов пищеварения: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эндоскопически позитивный вариант – 17%, мультифокальный атрофический гастрит – 22%, катаральный гастрит – 44%, язвенная болезнь – 10%. Всем пациентам проведена ФГДС с прицельной биопсией и последующим общеморфологическим и гистобактериоскопическим исследованиями.

Результаты: в основных группах заболевание протекало с минимальными клиническими проявлениями (дискомфорт в эпигастрии- 67%; тяжесть, чувство распираания в правом подреберье -32%). В I группе при ФГДС катаральный эзофагит – 18%, хронический поверхностный гастродуоденит наблюдался - 27% больных, атрофический гастрит с эрозивным поражением слизистой – 58%, язвенная болезнь – 15%. Во II группе катаральный эзофагит – 22% больных, варикозное расширение вен пищевода – 15%, поверхностный гастрит -21% больных, атрофический гастрит с эрозиями – 63%, язвенная болезнь – 16% случаев. Обсемененность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* у пациентов обеих групп, страдающих алкогольной болезнью составило 67%, тогда как у

пациентов не злоупотребляющих алкоголем – 35%. На основании ретроспективного анализа клинической картины осложнения гастродуоденальной зоны встречались чаще у пациентов II группы. Частота рецидивов и тяжесть течения выявленной патологии при алкогольной болезни коррелирует с ее длительностью.

Выводы: Клинико-морфологические проявления заболеваний гастродуоденальной зоны при алкогольной болезни имеют ряд особенностей:

1. в клинической картине преобладают стертые формы заболевания, отсутствуют периоды ремиссии;
2. осложнения в виде кровотечений из эрозий, язв чаще встречаются у пациентов, имеющих патологию печени;
3. язвы и эрозии локализуются в основном в желудке и сочетаются с атрофическими изменениями слизистой оболочки;
4. у пациентов с алкогольной болезнью обсемененность слизистой *Helicobacter pylori* было достоверно выше, чем у пациентов, не употребляющих алкоголь.

ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ

Андриевская Т.Г. Балльно-рейтинговая оценка учебной деятельности студентов на кафедре факультетской терапии

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

На кафедре факультетской терапии ИГМУ балльно-рейтинговая система (БРС) оценки знаний и навыков студентов применяется в течение двух лет. С учетом трудоемкости дисциплины по факультетам (в кредитах) и произвольной оценкой в баллах (100 баллов) были проведены расчеты балльно-кредитового коэффициента (цена одного кредита в баллах) по факультетам и балльная оценка различных разделов дисциплины для всех факультетов (пульмонология, гастроэнтерология, кардиология, ревматология, нефрология, гематология).

Ежедневно в процессе обучения знания и практические навыки студентов оцениваются традиционной оценкой по 5-балльной шкале (как это принято во всех ВУЗах России). Разработана шкала оценки знаний (тестирование, традиционное собеседование) и практических навыков (работа с больным, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования больного, написание историй болезни, рецептов на лекарственные препараты, решение ситуационных задач, подготовка презентаций, докладов). На каждом занятии студент получает две оценки, оценивающие приобретенные знания и полученные практические навыки (умения).

При завершении определенных разделов дисциплины проводится балльная оценка результатов учебной работы каждого студента. По окончании цикла занятий по дисциплине определяется суммарная оценка в баллах за семестр и далее при завершении изучения дисциплины во втором семестре подсчитывается общее количество баллов полученных каждым студентом по дисциплине в соответствии с полученными традиционными оценками.

В итоге изучения дисциплины студентам предстоит итоговое испытание (экзамен), включающее три составные части: тестирование, оценку практических навыков, собеседование. Весь экзамен и его составляющие также оцениваются традиционной оценкой и в баллах.

Таблица 1

Расчет балльно-рейтинговой оценки студентов лечебного факультета в зависимости от традиционной шкалы оценок по разделам дисциплины на кафедре факультетской терапии

7 семестр	Шкала оценок							
Курация больного, написание истории болезни	5	5-	4	4-	3+	3	3-	2
	100%	90%	85%	80%	75%	70%	60%	50%
	4,0	3,5	3,3	3,2	3,0	2,8	2,4	2,0
пульмонология	13,5	12,0	11,5	11,0	10,0	9,5	8,0	6,5
гастроэнтерология	13,5	12,0	11,5	11,0	10,0	9,5	8,0	6,5
Итого	31	27,5	26,3	25,2	20,3	21,8	18,4	15,0
8 семестр								
Курация, ИБ	4,5	4,0	3,8	3,5	3,2	3,0	2,7	2,3
кардиология	14,5	13,0	12,5	11,5	11,0	10,0	9,0	7,0
ревматология	8,0	7,5	7,0	6,5	6,0	5,5	5,0	4,0
нефрология	6,0	5,5	5,0	4,5	4,2	4,0	3,5	3,0
ЖДА	3,0	2,8	2,5	2,4	2,2	2,0	1,8	1,5
Неотложные состояния	3,0	2,8	2,5	2,4	2,2	2,0	1,8	1,5
Итого	39	35,6	33,3	30,8	28,8	26,5	24,8	19,3
Всего	70	63,1	59,6	56,0	49,1	48,3	43,2	34,3

Таблица 2

Расчет экзаменационных составляющих по БРС в зависимости от традиционной шкалы оценок для студентов лечебного факультета на кафедре факультетской терапии.

Традиционная оценка	тестирование	практические навыки	собеседование	ИТОГО
5 «отлично»	5	10	15	30 (- 3 б)
4 «хорошо»	4,5 – 4,0	8,5 – 8,0	12,5 – 11,5	25,0 – 23,5
3 «удовлетв»	3,5 – 3,0	7,5 – 6,0	10,5 – 9,0	21,5 – 18,0
2 «неудовл»	2,5	5,0	7,5	≥ 15

При подведении итогов БРС за дисциплину оценка в баллах за экзамен плюсуется к количеству баллов, полученных студентом в процессе обучения на кафедре. Таким образом, в процессе обучения на кафедре студент может набрать максимально 70 баллов и получить за экзамен максимально 30 баллов. Если за время изучения дисциплины и овладения соответствующими практическими навыками с помощью системы поощрений установленных на кафедре студент набирает необходимое (определенное) количество баллов, он может быть частично или полностью освобожден от итогового испытания (экзамена).

Система поощрений включает дополнительные баллы за отличные оценки при выполнении заданий, своевременное написание на отлично истории болезни, рецептов на лекарственные препараты, выполнение учебно-исследовательской работы – подготовка докладов, демонстрация больных с

презентацией. БРС включает и систему штрафов за пропуски занятий, неподготовленность к занятиям, несвоевременную (после окончания цикла занятий) отработку занятий, написание историй болезни и рецептов.

Таблица 3

Итоговая оценка по дисциплине в результате набранного количества баллов

Набранное количество баллов + поощрения - штрафы	Традиционная оценка
91 – 100 баллов	Отлично (5)
71 - 90 баллов	Хорошо (4)
41 - 70 баллов	Удовлетворительно (3)
0 - 40 баллов	Неудовлетворительно (2)

На нашей кафедре мы приняли решение не освобождать студентов (не оценивать автоматически на основании оценок за время изучения дисциплины) от экзамена по практическим навыкам, так как считаем эту часть испытания наиболее важной в овладении медицинской специальностью.

Таким образом, на нашей кафедре при завершении изучения дисциплины к баллам, полученным в процессе обучения за год, прибавляются баллы, полученные за овладение практическими навыками (экзаменационная оценка по практическим навыкам в баллах). Далее решается вопрос, в зависимости от количества набранных студентом баллов, об освобождении его от тестирования, собеседования или обеих оставшихся частей экзамена и выставлении в зачетную книжку оценки эквивалентной набранному количеству баллов.

Предварительный анализ использования БРС по результатам обучения на кафедре в 2008 – 2009 учебном году показал достаточно высокую эффективность этой системы.

Таблица 4

Итоги предварительной (по количеству набранных баллов) оценки учебной деятельности студентов по БРС (в %) на кафедре факультетской терапии в сравнении с результатами экзамена (за предыдущие годы)

оценки	2009 %	2008 %	2007 %
Отлично (5)	12,2	25,44	26,2
Хорошо (4)	53,0	47,34	46,6
Удовлетворительно (3)	25,2	26,04	24,1
Неудовлетворительно (2)	9,6	1,18	3,4

Меньшее количество отличных оценок и большее количество неудовлетворительных оценок, скорее всего, отражает реальный уровень освоения студентами учебного материала по дисциплине.

Однако, освобождение от этапа испытания (экзамена) не является обязательным, учитывая наличие этого этапа в учебном плане по факультетской терапии. Любой студент, желающий получить более высокую оценку по дисциплине, чем оценка эквивалентная набранному им количеству баллов в процессе обучения факультетской терапии за два семестра, имеет право сдавать экзамен (только тестирование или собеседование или обе части испытания). Полученная в результате испытания оценка (в баллах) суммируется с количеством бал-

лов имеющихся у студента за время изучения дисциплины, и эквивалентная количеству баллов итоговая оценка выставляется в зачетную книжку.

Внедрение БРС оценки учебной деятельности студентов в учебный процесс имеет большое значение в повышении качества знаний и практических навыков студентов, поскольку стимулирует их к овладению специальностью, в том числе в самостоятельной работе, в стремлении получить наибольшее количество баллов. Студенты практически не пропускают занятий, добросовестно готовятся к занятиям, активно ведут себя на занятиях, работая с большими, решая практические задания, своевременно выполняют задания по самостоятельной работе.

Первый опыт внедрения БРС в том виде, в каком это осуществляется в Российских ВУЗах и в частности в ИГМУ, свидетельствует о необходимости упрощения этой системы с учетом мирового опыта использования рейтинговой системы в учебном процессе.

Система Академической градации (рейтинговая система) постоянно совершенствуется и в Университетах Европы и Америки, в настоящее время идет унификация оценочной шкалы. В Российских ВУЗах этот важный компонент рейтинговой градации – единая оценочная шкала имеется и в общем является сопоставимой с мировыми оценочными шкалами, используемыми в большинстве высших Европейских и Американских школ.

Нам кажется рациональным использование в российской рейтинговой системе мировых методов балльной оценки учебной деятельности студентов, как наиболее простой и менее трудоемкой, а также реально отражающей степень овладения студентами конкретными дисциплинами и специальностью в целом с учетом трудоемкости дисциплин, курсов. В конечном итоге применение Академической градации (БРС) направлено на получение диплома по специальности с преимущественным правом получения престижной и желаемой работы.

Андриевская Т.Г. Балльно-рейтинговая оценка учебной деятельности студентов в европейских и американских университетах и в высших учебных учреждениях России.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Вхождение Высшей Российской школы в Болонскую систему высшего образования включает в себя, в том числе использование балльно-рейтинговой оценки учебной деятельности студентов в процессе их обучения в ВУЗе.

В высших учебных заведениях Европы и Америки (University of Cambridge, University of Toronto, University of Texas, University of Washington, York University et. al.) традиционно для оценки учебной работы студентов используются письменная (us letter) и цифровая (numerical value) оценки (point).

Шкала традиционных оценок студентов в университетах Европы и Америки.

Оценки (us letter)	Оценки (numerical value)				
	Cambridge	Washington	Texas	Toronto	York
A+				4,0	9,0
A	4,0	4,0	4,0	4,0	8,0
A-	3,7	3,7		3,7	
B+	3,3	3,3		3,3	7,0
B	3,0	3,0	3,0	3,0	6,0
B-	2,7	2,7		2,7	
C+	2,3	2,3		2,3	5,0
C	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0
C-	1,7	1,7		1,7	
D+	1,3	1,3			3,0
D		1,0	1,0	1,3	2,0
D-	1,0	0,7			
E					1,0
F		0,0	0,0		0,0

Оценки группы «А» относятся к разряду «превосходно» (Excellent), группы «В» - «хорошо» (Good), группы «С» - «удовлетворительно, средние» (Adequate, Average), групп «Д», «Е» и «F» - «недостаточно» (for failing work). Оценки групп «А», «В», «С» по окончании изучения курсов (дисциплин) вносятся в зачетную книжку. Студенты, получившие недостаточные оценки - групп «Д», «Е» и «F», направляются на дополнительное собеседование к профессору для повторной оценки знаний студента в соответствии с оценочной шкалой принятой в Университете. При недостаточной оценке («Д», «Е» и «F») в результате собеседования студенту предлагается повторное обучение по дисциплине (курсу).

Кроме того, по окончании изучения различных дисциплин (курсов) рассчитывается градационная оценка (Academic grading) – баллы рейтинга, в зависимости от трудоемкости каждой конкретной дисциплины (курса) в кредитах (credits) и конкретной цифровой оценки (numerical point) полученной студентом в итоге обучения этой дисциплине (курсу). Расчет градационной оценки (баллов) осуществляется путем умножения количества кредитов по дисциплине на конкретную цифровую оценку, полученную студентом. Например: Биология - 5,0 кредитов (цифра взята произвольно), полученная оценка – 4,0, академическая градация – 20 баллов. Баллы академической градации, также как и традиционная оценка вносятся в зачетную книжку студента.

По окончании определенного этапа – семестра, другого рубежа, в частности этапа Бакалавриата, Магистратуры, Специалитета рассчитывается общая средняя градационная оценка (Cumulative grade point average – CGPA), балльно-кредитовый коэффициент.

Полученная студентом общая средняя градационная оценка (CGPA), в зависимости от значимости оценочного этапа позволяет студенту либо продолжить обучение по избранной специальности, либо выбрать другую специальность (более трудоемкую или менее трудоемкую) в зависимости от величины полу-

ченной CGPA. Студент также имеет право повторить определенный курс (курсы), чтобы при недостаточной оценке добрать необходимое количество баллов, увеличить CGPA и иметь возможность продолжить обучение и получить диплом по избранной специальности.

Таблица 2

Расчет академической градации студентов (CGPA) в университетах Европы и Америки.

Курсы определенный этап (семестр, год и т.д.)	Оценка (point)	Умножить (X)	Кредиты (credits)	Баллы
Биология	4,0	(X)	4,0	16,0
Анатомия	3,0	(X)	5,5	16,5
Физиология	5,0	(X)	4,5	22,5
Химия	4,0	(X)	4,0	16,0
Итого (Total)			18,0	71,0
общая средняя градационная оценка	Суммарное за этап количество баллов	Разделить	Суммарное за этот же этап количество кредитов	
CGPA	71,0	:	18,0	=3,94

Примечание: ECTS grading scale – Wikipedia, the free encyclopedia.

Минимальная общая трудоемкость в кредитах и средняя градационная оценка (CGPA – коэффициент баллы/кредиты), которую студент должен получить в процессе обучения по конкретной специальности, определяются программой (учебным планом) и департаментом образования для всех факультетов (каждой специальности) в соответствии с образовательными стандартами (в том числе по Болонскому соглашению). При этом величина CGPA зависит от типа цифровой оценочной шкалы конкретного Университета и будет выше в Университетах с высокой оценочной шкалой (York – 9,0) и ниже при низкой оценочной шкале (Toronto, Texas, Cambridge и другие – 4,0).

Например: для специальности Биология CGPA установлена 6,0 (в Йорке) и, если выпускник получает более низкую оценку, он должен либо выбрать другую (менее трудоемкую, с меньшей CGPA) специальность, либо повторно изучить некоторые курсы, чтобы получить CGPA не менее 6,0 и диплом по желаемой специальности (в данном случае биологии).

В Университетах Европы и Америки Academic grading (рейтинг) используется для определения права выбора специальности и соответствует международному стандарту.

В процессе внедрения балльно-рейтинговой системы (БРС) оценки учебной деятельности студентов в Российских ВУЗах, в частности в Иркутском Государственном медицинском Университете, она приобрела несколько иную академическую значимость, чем в Университетах Европы и Америки. В процессе обучения по каждой дисциплине наряду с традиционной цифровой оценкой определяется ее балльно-рейтинговый эквивалент, с учетом трудоемкости дисциплины. Причем определение трудоемкости дисциплины (курса) в кредитах осуществляется в соответствии с учебным планом в часах (1 кредит – 36 ча-

сов), а оценка дисциплины (курса) в баллах осуществляется произвольно в 100 баллов.

В Европейских и Американских Университетах градация (рейтинг) в баллах (grade point) – величина производная от трудоемкости дисциплины в кредитах и полученной студентом итоговой оценки по этому предмету (по цифровой шкале).

В России же, в том числе в ИГМУ, балльно-кредитовый коэффициент (цена одного кредита в баллах) определяется для каждой дисциплины (курса), факультета (одна и та же дисциплина имеет разную трудоемкость в кредитах на разных факультетах) и является разным даже внутри одной дисциплины для разных специальностей. Проводится расчет количества баллов на каждого студента в дополнение к полученной им традиционной оценке по каждому занятию или разделу дисциплины и только в конечном итоге по всей дисциплине (циклу).

Этот коэффициент (баллы/кредиты) не соответствует принятой в России шкале традиционных оценок, так как оценка любой дисциплины (курса) в баллах дается произвольно (100 баллов). Расчеты достаточно сложны и трудоемки, поскольку используются не только для рубежной и итоговой оценки студентов при получении диплома, но и рассчитываются по каждому занятию или разделу каждой дисциплины (курса). Причем при расчете количества полученных баллов по дисциплине (курсу) используется система поощрений и штрафов для получения права на освобождение от определенных этапов или всего итогового испытания (экзамена). Такой системы (поощрений и штрафов) нет в Европейских и Американских Университетах.

В Университетах Европы и Америки коэффициент баллы/кредиты (CGPA) соответствует цифровой шкале традиционных оценок, принятой в конкретном университете, и рассчитывается только суммарно по предметам на каждого студента на определенном рубеже или в итоге при получении диплома.

В Российских ВУЗах тоже рассчитывается итоговый рейтинговый коэффициент (R), равный суммарному произведению баллов (A) по каждой дисциплине (курсу) умноженному на трудоемкость каждой дисциплины (курса) в кредитах (Б) поделенному на сумму трудоемкости всех изученных в ВУЗе дисциплин (курсов) и умноженному на поправочный коэффициент (С). Представленная формула используется в Байкальском государственном Университете экономики и права и рекомендована (согласно методическим рекомендациям по внедрению БРС в Иркутском государственном медицинском университете) для применения в ИГМУ.

$$R = \frac{\sum A \times B}{\sum B} \times C$$

Поправочный коэффициент (ПК) устанавливается в зависимости от участия студентов в научной работе, художественной самодеятельности, спортивных мероприятиях и т.д. Этот ПК определяется каждым ВУЗом самостоятельно.

Таким образом, итоговый рейтинговый коэффициент тоже не имеет корреляции со шкалой традиционных оценок применяемой в ВУЗах России,

варьирует в зависимости от ПК, не определяется министерством (департаментом) образования для каждой специальности (в соответствии со стандартами и Болонским соглашением).

В Российской системе балльно-рейтинговой оценки студентов нет единого подхода, она широко варьирует для разных специальностей, в разных ВУЗах и даже на разных кафедрах в одном ВУЗе, расчеты сложны и трудоемки.

Студенты, конечно, должны знать о значении БРС по каждой дисциплине (курсу), роли суммарной средней оценки, дающей право на получение соответствующей (желаемой, престижной) специальности и соответствующего диплома.

Применение БРС, безусловно, стимулирует студента в овладении учебным материалом и поэтому ее использование в учебном процессе является положительным фактором. Однако эта система в России и в частности в ИГМУ нуждается в серьезном совершенствовании (рейтинговая система постоянно совершенствуется и в Европе и в Америке). Нам кажется целесообразным упростить расчеты и оценивать в баллах только конечный результат по дисциплине (курсу) наряду с традиционной оценкой (как это делается в Университетах Европы и Америки). И далее, к концу образовательной программы (окончание ВУЗа для Медицинских Университетов), а для других ВУЗов и на этапе Бакалавриата рассчитывать среднюю суммарную градационную оценку (рейтинг) как в Европейских и Американских Университетах для дифференциации типа диплома специалиста и приоритетного получения престижного рабочего места.

Кроме того, средний суммарный градационный коэффициент отражает профессиональную характеристику (уровень) выпускника и нам кажется неуместным использование при его расчете поправочного коэффициента отражающего общественную работу студента.

Белялов Ф.И. Трудные вопросы медицинского образования

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

Обучение врачей имеет давнюю историю и сложившиеся подходы. С конце ХХ века медицинская наука и практика стали развиваться стремительно – ежегодно разрабатываются новые методы диагностики, медикаментозного и инвазивного лечения, уточняются и пересматриваются рекомендации по ведению пациентов.

Изменилось ли в новой обстановке преподавание медицины? Как обучать более эффективно? Эти и другие вопросы автору представилась возможность обсудить в настоящей статье.

Кто учит?

Готовить молодое поколение к профессиональной деятельности призваны преподаватели образовательных учреждений, сотрудники кафедр. Общеизвестно, что обучение – это не проверка способности воспроизведения заученного накануне материала, а практика новичков под руководством опытных инструкторов, пока они не достигнут соответствующего уровня. Студенту нужны не столько лекции, сколько семинары, встречи и обсуждение работы с преподавателем.

Вместе с тем, в обязанности преподавателя, наряду с обучением студентов, включено участие в обследовании и лечении пациентов, а также научные изыскания. Поскольку учить, лечить и заниматься наукой одновременно сложно, то обычно преподаватели предпочитают заниматься преимущественно той или иной областью. Далеко не всегда, блестящие ученые бывают хорошими учителями, а опытные клиницисты редко склонны к научным исследованиям, требующим другого образа мышления. Каждому свое.

Если врачебная работа и научные исследования дополнительно оплачиваются стимулирует сотрудников, то хороший преподаватель крайне редко получает финансовое вознаграждение. Хотя хорошие учителя затрачивают много времени на обучение и совершенствование методик преподавания. В ряде образовательных учреждений выделены специальные фонды, поддерживающие лучших преподавателей (Ludmerer К.М., 2004).

Где учиться?

Клинической медицине издавна обучают в лечебных учреждениях, где студент может реально работать с пациентами. Нидерландский профессор медицины 17 века Franciscus de la Boe Sylvius писал “мой метод заключается в том, чтобы вести студентов за руку к практической медицине, давая им каждый день смотреть пациентов в госпитале, где они могут слышать жалобы пациента, видеть физикальные признаки. Затем я спрашиваю студентов, что они заметили у пациента и каковы их мысли о причине заболевания и принципах лечения”.

Психология говорит, что факты и концепции лучше усваиваются, если включены в реальную практическую деятельность. Вместе с тем, в последние годы возникло больше ограничений для практического обучения студентов.

Прагматичнее стала позиция администраций ряда лечебных учреждений, которые повышают требования к объему лечебной работы и экономической эффективности, не принимая в расчет основную образовательную деятельность и фактическое прекращение действия «Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении», утвержденного приказом Министерства здравоохранения №228 в 1993 году, в связи с новыми правилами оплаты работников высших учебных заведений. Руководители медицинских учреждений нередко забывают, что сотрудники и они сами обучались в *alma mater*.

Даже в университетских клиниках, исторически созданных для обучения студентов, нередко цели образования стали вторичными по отношению к экономической эффективности, а сами клиники приобрели автономность. Соответственно, уровень медицины в таких клиниках далек от передовых позиций, свойственных лучшим учебно–научно–клиническим учреждениям, которым придается важно значение в «Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года».

Вместе с тем, конструктивное сотрудничество кафедр и лечебных учреждений взаимовыгодно. С одной стороны, активно внедряются в практику новые достижения медицинской науки, эффективнее проводится диагностика и лечение трудных больных, облегчается решение кадровых вопросов, повышается уровень экспертизы качества лечения, уменьшается нагрузка на лечащих врачей. С другой стороны, кафедра получает учебные практикумы, возможность

проводить научные исследования и обучать студентов в реальных условиях практической медицины.

В условиях демократизации общества большее значение придается соблюдению прав пациентов. Соответственно возникает необходимость просить разрешения у пациента участвовать в образовательном процессе (опрос, осмотр) и, возможно, даже брать информированное согласие. В подавляющем большинстве случаев пациенты соглашаются помогать образованию, чему в немалой степени способствуют доброжелательное отношение лечащих врачей, гармонично сотрудничающих с клиническими кафедрами, а также позиция администрации лечебного учреждения.

В процессе обучения безусловно не должен страдать пациент. Поэтому все шире в подготовке студентов используется качественная симуляция виртуальной реальности. Современный уровень развития техники, средств для компьютерного и физического моделирования реальных ситуаций, позволяет достаточно эффективно готовиться к практической деятельности.

Как учить?

Нередко центром обучения является преподаватель с жесткой программой и определяющий что и как учить. В то же время, все современные педагогические теории характеризуют эффективное обучение как активный процесс, где в центре находится обучаемый, а учитель не столько учит, сколько облегчает, ускоряет, корректирует обучение, выступая как помощник и партнер.

Поэтому для достижения целей обучения необходимо создать среду для активного обучения. Студент активно приобретает знания и навыки с возможностью выбора формы обучения под непосредственным руководством опытного инструктора. Знание должно прорабатываться в процессе взаимодействия старого и нового знания, и чем больше оно проработано и усвоено, тем легче можно извлечь знания (Wood D.F., 2003).

Важное значение в повышении активности обучаемых придают техническим аспектам проведения занятий. Например, если группа сидит за квадратным столом, то несколько студентов не будут общаться оптимально, т.к. не встречаются глазами, в отличие от расположения кружком без стола.

Нередко, активность подавляется, если на занятиях учитель читает лекцию или много говорит, если студенты только отвечают на вопросы, а не общаются друг с другом, если один студент доминирует или блокирует дискуссию, если студенты хотят получить решение проблемы а не обсуждают их и т.д. (Spencer J., 2003).

Разработано много приемов облегчения дискуссии, например, полезно взять за правило не говорить, если говорит другой. Преподаватель задав вопрос, если нет ответа, может переформулировать вопрос и посчитать до 10 перед тем как начать говорить. Если смотреть на всех студентов в группе, когда говорит учитель или студент, то это подчеркивает, что речь относится ко всем. Большую группу лучше разбить на меньшие подгруппы из 5–6 студентов случайно или добиваясь разнородности состава.

Таблица. Характеристика разных форм обучения (Gordon J, 2003 с изменениями).

	лекция	семинар	проблемно-ориентированная группа	клинический разбор	совместная консультация	клиническое обучение наедине
Эффективность (число студентов)	высокая	средняя	низкая	низкая	низкая	очень низкая
Активность обучения	низкая	вариативная	высокая	средняя-высокая	низкая	очень высокая
Двусторонняя обратная связь	низкая	средняя	высокая	средняя-высокая	низкая	очень высокая
Моделирование реальной жизни	низкая	низкая	средняя	высокая	высокая	очень высокая

Исторически создано много форм обучения – лекции, семинары, практические занятия, клинические разборы пациентов, совместные консультации, самостоятельное решение клинических задач и т.д. Формы обучения могут различаться в зависимости от эффективности, активности обучающихся и приближения к жизни (таблица).

Достаточно широко в последние годы применяется проблемное обучение, когда в небольшой группе выбирают председателя и под его руководством обсуждают проблему, используя метод «мозгового штурма» с поддержкой преподавателя (Wood D.F., 2003). Увеличились возможности передачи информации и дистанционного обучения через Интернет, индивидуальные мобильные устройства. Фактическим стандартом стало обучение с помощью аудио- и видеоматериалов, которые легче усваиваются, чем традиционное чтение литературы.

Важно понимать, что такое многообразие форм обучения оправдано, т.к. люди воспринимают информацию достаточно индивидуально в зависимости от психофизиологических особенностей организма. Для кого-то привлекательнее визуальная форма, другие предпочитают слушать, треть – читать. Поэтому важна свобода выбора формы обучения.

Важно добиваться дифференцированности обучения, выделяя способных учеников, и заниматься с ними по более эффективной программе, готовя будущих преподавателей и специалистов высокого уровня.

Чему учить?

Основные цели профессионального образования заключаются в передаче знаний, овладении навыками и привитии системы ценностей данной профессии.

Более распространено обучение, основанное на запоминании знаний из лекций, книг, учебных пособий. Вместе с тем, структура знаний часто не соответствует практической деятельности, знания достаточно быстро обновляются, а для принятия решения профессионалы обычно используют немного знаний. Следовательно передавать знания обучающимся лучше только компактные, хорошо структурированные в соответствии с практической деятельностью.

Нередко преподаваемая информация ограничивается передачей через лекции и учебные пособия, изданные в ограниченном числе. Представляется ра-

зумным, принятый в ряде ведущих образовательных учреждений мира, принцип открытого обучения (open education) с опубликованием информации в Интернете без оплаты в разной форме, включая видео– и аудиоматериалы.

Лучше дать студенту не рыбу, а удочку. То есть важнее развить способности к получению, анализу, обобщению, оценке и структурированию знаний. В условиях быстро обновляющейся медицинской информации, часто содержащей неточные и случайные данные, конфликта интересов и важности принципа «Primum non nocere» критическое мышление приобретает большое значение. Постоянное самообразование в течение всей жизни – характерное свойство врачебной профессии.

Выпускник, получивший диплом врача, обычно не может установить диагноз и назначить лечения даже в простых ситуациях. Каковы причины? Есть знания, но не сформировано практическое мышление. Поэтому важно с самого начала обучать студента в процессе решения реальных задач диагностики и лечения, тестовых клинических задачах, а преподавателю важно раскрывать (распаковать) процессы размышления и принятия решения.

Студент в начале обычно изучает большое количество базисных, фундаментальных дисциплин, таких как физиология, биохимия, гистология, химия и т.д. Это важный этап, т.к. биологические закономерности и процессы во многом определяют уровень медицины. Вспомним, например, такие открытия как обмен холестерина, роль оксида азота, физические принципы магнитно–резонансной и рентгеновской компьютерной томографии. Вместе с тем, практическое знание и мышление, преподаваемое на клинических кафедрах, порой существенно отличается от таковых на фундаментальных кафедрах. Очевидно отсутствует согласование программ, преподаваемых на клинических и фундаментальных кафедрах.

Не менее важны в обучении этические, культурные и философские ценности врачебной профессии, которые лежат в основе норм и особенностей поведения, взаимоотношений с пациентами и родственниками, коллегами.

Успешная практика во многом обусловлена пониманием врачом психологического состояния пациента, знанием установок и ожиданий пациента, способностью во время непродолжительной беседы поддержать пациента и провести психотерапевтическое воздействие, выявлением и лечением психических расстройств, часто сопутствующих соматическим заболеваниям. К сожалению, психосоматические отношения и проблемы практически не изучаются в учебных медицинских учреждениях. Обычно в ходе многолетней практики врачи приобретают некоторые навыки коррекции душевных расстройств своих пациентов.

Заключение

В условиях ускорения научно–технического прогресса в преподавании приоритет от-дается активному усвоению в процессе практики адаптированных для профессиональной деятельности знаний и умений, способности постоянно обновлять свои знания, формированию эффективного мышления, а также освоению ценностей профессии.