Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская ассоциация
Волгоградское отделение ассоциации ревматологов России
Государственное учреждение научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии РАМН
Волгоградская медицинская академия

Актуальные проблемы современной Ревматологии

Сборник научных работ

Волгоград 2002

Флогэнзим® Вобэнзим®

Phlogenzym® Wobenzym®

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ

современный метод лечения ревматических заболеваний

Противовоспалительный эффект;

Противоотечный и вторичноаналгетический эффект;

Иммуномодулирующий эффект:

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

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

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

mucos

Mucos Pharma,
Германия

ДИКЛОФЕНАК + МЕНТОЛ:
СОЮЗНИКИ В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ

ДИКЛОФЕНАКОЛ
КРЕМ

ПОМОЖЕТ ПРИ:

невралгии
миалгии
артралгии
боли в позвоночнике
ушибах
растяжениях

Ромфарм Co.

НАСЛАЖДАЙТЕСЬ ДВИЖЕНИЕМ

АЛФЛУТОП®

Оригинальный инъекционный хондропротектор с противовоспалительным эффектом
(вводится в/м, в/с, периартикулярно и паравертебрально)

Уникальное сходство с матриксом гиалинового хряща

Эффективно снижает боль и воспаление. Увеличивает подвижность суставов.

Улучшает метаболизм суставного хряща, замедляет и предупреждает его деструкцию. Увеличивает показатели гидрофильности хряща и однородности костной ткани.

РОМФАРМ КО.

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

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская Академия медицинских наук
Российская медицинская Ассоциация
Волгоградское отделение Ассоциации ревматологов России
Государственное Учреждение Научно-исследовательский
Институт клинической и экспериментальной ревматологии РАМН
Волгоградская медицинская Академия

ПОСВЯЩАЕТСЯ 60–ЛЕТИЮ РАМН

Актуальные проблемы современной Ревматологии

Сборник научных работ

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

ВЫПУСК ДВАДЦАТЫЙ

Волгоград 2002

УДК 616-002.77 (06)

Актуальные проблемы современной ревматологии. Сборник научных работ / под ред. академика РАМН А. Б. Зборовского. – Вып. XX. Волгоград, 2002. – 166 с.

Настоящий сборник включает научные работы в области ревматологии, представленные ведущими клиническими, исследовательскими центрами, высшими учебными заведениями России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Рассматриваются проблемы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, диагностики, лечения ревматических заболеваний и вопросы реабилитации. В сборнике опубликованы лекции профессора И.А.Зборовской, посвященные гастропатиям, индуцированным нестероидными противовоспалительными препаратами, и синдрому Гудпасчера.

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

© Коллектив авторов, 2002
© Составление. Оформление.
ГУ НИИ КиЭР РАМН, 2002

Профессор, д.м.н. И. А. Зборовская

ГАСТРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННЫЕ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии, Волгоград, Россия

Как известно, поражение ЖКТ может быть связано со многими причинами: это - стрессовые ситуации, прием ряда лекарственных средств, симптоматические изъязвления ЖКТ, осложняющие некоторые заболевания внутренних органов (легкие, сердце, печень, почки) и эндокринных желез (паращитовидная, поджелудочная) и т. д.

Гастродуоденальные изъязвления (язвы, эрозии) наблюдаются:

1. При обширных ожогах (язвы Курлинга);
2. При поражении ЦНС (язвы Кушинга);
3. При стрессе;
4. В результате приема лекарств (ацетилсалициловая кислота, индометацин и др.), алкоголя и других токсических веществ;
5. У больных пожилого возраста («старческие язвы»);
6. При заболеваниях внутренних органов (легкие, сердце, печень, почки);
7. При заболеваниях эндокринных желез и т.д.

Одной из важнейших проблем, связанных с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), является их повреждающее действие на желудочно-кишечный тракт, которое иногда приводит к тяжелым осложнениям. НПВП могут поражать любой отдел пищеварительного тракта - от пищевода до прямой кишки. Спектр поражения пищевода включает эзофагит, язвы и формирование стриктур. Возможно отрицательное воздействие на тонкую кишку, которое проявляется эрозиями, язвами, сужением просвета кишки и (редко) своеобразной энтеропатией с синдромом мальабсорбции. Известны случаи, когда НПВП расценивали в качестве провоцирующего фактора, предшествующего развитию неспецифического язвенного колита или эозинофильного колита.

Описано возникновение ректальных язв и стриктуры при введении этих препаратов в виде свечей.

Наиболее часто повреждающее действие НПВП оказывают на желудок и 12-перстную кишку, эта патология обозначается термином «гастропатия, индуцированная НПВП» или «синдром-НПВП-гастро-дуоденопатии». НПВП-гастропатия изучена достаточно подробно, известны основные звенья патогенеза, а возможности терапии и профилактики уточнены в серьезных клинических исследованиях, отвечающих требованиям доказательной медицины.

Нестероидные противовоспалительные препараты - наиболее часто используемые средства в лечебной практике. Частота их применения увеличи-

вается с возрастом. Данные препараты получают от 20 до 40% людей пожилого возраста, причем б% из них - более 9 месяцев в году или постоянно.

Спектр заболеваний, при которых используются НПВП, чрезвычайно широк. Наряду с ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, анкилозируюший спондиллит, подагра и т. д.) он включает боли различного генеза (невралгии, миалгии, головные и зубные боли, боли при первичной дисменорее и др.), а также ишемическую болезнь сердца.

Использование данных препаратов несомненно улучшает качество жизни этих больных. Однако значительный рост потребления НПВП привел к увеличению частоты развития побочных эффектов, в первую очередь связанных с поражением слизистой оболочки желудка (СОЖ). Например, для больных ревматоидным артритом, длительно принимающих НПВП, риск госпитализации или смерти из-за гастроэнтерологических кишечные осложнения как одну из частых причин смерти при этом заболевании (G. Fries, 1991).

Эрозивно-язвенные поражения желудка и 12-перстной кишки (сопровождающиеся диспепсией или бессимптомные) обнаруживаются при эндоскопическом исследовании практически у 40% больных, длительно принимающих НПВП. По данным А.Е.Каратеева, В. А. Насоновой (2000), частота выявления эрозивно-язвенных изменений у больных, наблюдавшихся в клинике Института ревматологии РАМН и принимавших НПВП на момент проведения гастроскопии, составила 33,8%. Безусловно, серьезные осложнения, связанные с поражением гастродуоденальной слизистой оболочки, встречаются значительно реже. По данным метаанализа S. Gabriel и соавт. (1991), прием НПВП в 2,7 раза увеличивает риск возникновения серьезного гастроэнтерологического осложнения, которое является причиной госпитализации в стационар. По данным M. Langman и соавт.(1994), НПВП и аспирин увеличивают риск язвенного кровотечения в 3,5 и 3,1 раза соответственно.

T. MacDonald и соавт. (1997) на основании результатов исследования продолжительностью 3 года, включавшего 126 000 больных, пришли к заключению, что НПВП увеличивают риск серьезного поражения желудка и 12-перстной кишки в 3,9 раза, а если учитывать только кровотечение и перфорацию - в 8(!) раз.

Патогенез НПВП - гастропатии

1. НПВП ингибируют активность фермента циклоокеигеназы (ЦОГ) имеющего два изомера ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Угнетение активности ЦОГ-2 собственно и определяет противовоспалительное действие, угнетение активности ЦОГ-1 приводит к снижению синтеза простагдандинов и простациклина в слизистой оболочке желудка. Функция простагландинов по отношению к гастродуоденальной слизистой оболочке является протективной. В эксперименте показано, что экзогенно введенные простагландины способствуют устойчивости слизистой оболочки к таким повреждающим агентам, как этанол, желчные кислоты, растворы кислоты и солей, а также НПВП. Спектр основных физиологических эффектов простагландинов включает:

- стимуляцию секреции защитных гидрокарбонатов и слизи;
- усиление местного кровотока слизистой оболочки;
- активизацию пролиферации клеток в процессах нормальной регенерации.

Таким образом, снижение синтеза простагландинов, а следовательно, защитных резервов слизистой оболочки желудка и 12- перстной кишки и является основной причиной НПВП-гастропатии.

Подавляя образование ПГ путем блокирования ЦОГ, НПВП ведут к снижению РН желудочного сока, нарушению процессов образования защитных мукополисахаридов, снижению репаративной способности слизистой оболочки, увеличению отторжения эпителия СОЖ.

Итак, 1-я и основная причина - это нарушение микроциркуляции.

Наряду с этим тормозится ПГ-стимулируемый биосинтез фосфолипидов и гликолипидов, что уменьшает устойчивость СОЖ к действию кислотной агрессии. Однако это не единственное объяснение их неблагоприятного влияния.

2. Обнаружен местный повреждающий эффект на клеточном уровне, который не обусловлен простагландиновым механизмом.

Ингибирование ЦОГ НПВП-ми может быть только предпосылкой формирования повреждений. Уже через короткое время после введения НПВП наблюдается повышение проницаемости слизистой оболочки для ионов водорода и натрия. Предполагается, что НПВП (непосредственно или через противовоспалительные цитокины) могут вызывать апоптоз эпителиальных клеток. Ацетисалициловая кислота (АСК), диссоциируясь в обкладочных клетках, образует протоны, которые угнетают функцию митохондрий, необходимых для продукции АТФ, а протоны способствуют освобождению лизосомальных ферментов, которые приводят к аутолизу клеток.

Одной из причин поражения СОЖ могут быть снижение разности трансмукозного потенциала в желудке и повышение обратной диффузии ионов H^+ а в кислой среде - концентрациях вызывает дезорганизацию желудочного сурфактанта. Считается также, что АСК вызывает нарушение плотности соединений между эпителиальными клетками в СОЖ и снижает ее барьерную функцию.

Местный повреждающий эффект НПВП в клинической практике подтверждается тем, что покрытые кишечно-растворимой оболочкой препараты вызывают значительно менее выраженное изменение слизистой оболочки желудка в первые 1-2 недели применения. Однако при длительном применении энтеросолюбильных форм также наблюдается появление желудочных язв, что является, по-видимому, результатом системной супрессии синтеза простагландинов.

3. НПВП поражают гидрофобный слой на поверхности СОЖ, обедняют состав фосфолипидов, ингибируют секрецию компонентов желудочной слизи - гексозаминов, фукоз, мукополисахаридов. Под воздействием АСК разрушается гликопротеин поверхностного слоя СОЖ в теле желудка на 54%, в антральном отделе - на 72%, тогда как повышение гликопротеинов связывают с началом заживления язвенного дефекта.

4. В механизме ульцерогенного действия НПВП определенную роль играет изменение перекисного окисления липидов. Образующиеся в результате токсического действия НПВП продукты свободно-радикального окисления принимают участие в поражении СОЖ, а также в разрушении мукополисахаридов. Парацетамол при передозировке способен вызывать тяжелые поражения печени, заключающиеся в повышении перекисного окисления липидов, повреждении микросомальных мембран печени, развитии центролобулярных некрозов.

5. Не исключено, что нарушение целостности СОЖ связано не только с влиянием НПВП на синтез простагландинов, но также с уменьшением синтеза лейкотриенов, что в свою очередь приводит к уменьшению количества слизи, обладающей гастропротективными свойствами.

Необходимо отметить, что эрозивно-язвенные поражения желудка встречаются и при парентеральном применении НПВП, и при их применении в свечах, что подтверждает угнетение выработки простагландинов и в этих случаях.

Учитывая все выше сказанное, мы приходим к важному выводу о том, что синдром НПВП-гастродуоденопатии лишь отчасти связан с локальным повреждающим влиянием НПВП на слизистую, а в основном обусловлен системным действием препарата.

Клиника и морфология

Клинически гастропатии проявляются тошнотой, иногда рвотой, чувством тяжести и болью в эпигастрии, вздутием живота, анорексией и другими диспептическими расстройствами.

В основном различают три вида поражений СОЖ и СОДПК, являющихся как бы последовательными стадиями одного патологического процесса: кровоизлияния в СО, варьирующие от мелких петехий до обширных участков, эрозии, язвы. Нередко у одного больного обнаруживаются все эти элементы одновременно. Острые язвы и эрозии чаще локализуются в области дна и тела желудка, гораздо реже в пилорическом отделе желудка и в 12-перстной кишке.

К наиболее тяжелым проявлениям гастропатии относят эрозивно-язвенные поражения СОЖ и СО 12-перстной кишки, причем частота образования язв в желудке составляет в среднем 20%, в 12-перстной кишке - 10%. На фоне продолжающегося приема НПВП гастродуоденальные изъязвления в 40% случаев осложняются кровотечением.

Между язвами, вызванными приемом НПВП, и спонтанно возникшими существует определенная разница. Во-первых, язвы, вызванные приемом НПВП, чаще всего бывают бессимптомными (у 60% больных, особенно пожилых), и диагноз во многих случаях устанавливают при фиброгастродуоденоскопии. Во-вторых, слизистая оболочка желудка приспосабливается к длительному воздействию кислот (НПВП), в связи с чем после 2-8 недель приема медикамента острота поражения несколько уменьшается. Ряд экспериментов показал, что наиболее опасными могут считаться первые недели приема НПВП. Эндоскопическое обследование, проведенное у пациентов, применявших непрерывную терапию НПВП на протяжении 6 месяцев, показало, что только у 32% пациентов слизистая желудка остается в норме. У оставшихся 68% выявляются патологические изменения слизистой. Гистологически слизистая вокруг язвы, вызванной НПВС, обычно нормальная или только слегка воспалена в отличие от хронического гастрита при типичных хронических язвах желудка.

Факторы риска

Более высокому риску развития осложнений от приема НПВП подвержены:

1) больные старшего возраста (старше 65 лет);

2) больные, имеющие язвенную болезнь в анамнезе;

3) больные с сопутствующими заболеваниями, особенно сердечно-сосудистой системы;

4) курящие и употребляющие алкоголь. F. Silverstain и соавт. (1995) при полугодовом наблюдении за больными, постоянно принимающими НПВП, обнаружили, что при отсутствии перечисленных факторов риска серьезные явления НПВП-гастропатии развиваются только у 0,4%, в то время как при наличии всех факторов - у 9%. В числе прочих факторов риска повышенной «токсичности» лекарственных препаратов этой группы называют их прием в высоких дозах или прием нескольких НПВП, прием НПВП вместе с кортикостероидами, ацетилсалициловой кислотой или варфарином. Предполагается, что у разных противовоспалительных препаратов разный «повреждающий» потенциал.

Кроме того, частота возникновения гастро- и дуоденопатий, желудочных и дуоденальных кровотечений зависит от используемого препарата, продолжительности приема и некоторых других факторов.

Таблица 1. Сравнительный риск возникновения эрозивно-язвенных поражений при приеме различных НПВП

ПРЕПАРАТ	Число работ, взятых для метаанализа	Относительный риск (M+m)
Ибупрофен	11	1,0+0
Диклофенак	8	2,3 + 0,5
Дифлунизал	2	3,5 + 0,5
Фенопрофен	2	3,5 + 1,2
Асгофин	6	4,8 + 0,5
Сулиндак	5	6,0+0
Напроксен	10	7,0+0
Индометацин	11	8,0+0
Пироксикам	10	9,0+0
Кетопрофен	7	10,3+0,5
Толметин	2	11,0+0,9
Азапропазон	2	11,7+0,5

данные метаанализа Garsia Rodrigues L A. 1998

Наименьшим риском развития гастро- и дуоденопатий, осложненных кровотечением, обладают ибупрофен (бруфен и другие синонимы) и диклофенак (вольтарен и другие синонимы), а наибольшим - азопропазон, кеторолак, пироксикам, бутадион (фенилбутазон); аспирин, дифлунизал, напроксен и сулиндак занимают промежуточное положение.

Индекс гастроинтестинальной токсичности НПВП (соотношение доз, вызывающих в 50% случаев противовоспалительный и ульцерогенный эффекты) представлен в таблице.

Таблица 2. Индекс гастроинтестинальной токсичности различных НПВП, рассчитанный на основе банка данных ARAMIS

ПРЕПАРАТ	Число больных	Индекс токсичности
Салсалат	187	0,81+0,51
Ибупрофен	577	1,13+0,29
Аспирин	1521	1,18+0,29
Сулиндак	562	1,68+0,29
Диклофенак	415	1,81+0,35
Напроксен	1062	1,91+0,21
Толметин	243	2,02+0,44
Пироксикам	814	2,03+0,24
Фенопрофен	158	2,35+0,55
Индометацин	418	2,39+0,34
Кетопрофен	259	2,65+0,43
Меклофеномат	165	3,91+0,54

Однако, по данным А.Е Каратаевой, В.А. Насоновой (2000), при использовании НПВП в дозах ниже и выше средне - терапевтических частота развития язв и эрозий статистически достоверно не различалась. Кроме того, в этом российском исследовании было показано, что совместный прием НПВП и кортикостероидов не только не повышал, но даже снижал риск развития эрозивно-язвенного поражения.

Влияет ли длительность приема НПВП на частоту развития эрозивно-язвенного поражения желудка?

В большинстве исследований продолжительность приема НПВП считается фактором риска, однако подчеркивается, что риск максимален в первый месяц их назначения. F.Silverstain и соавт. (1995) не обнаружили снижения величины относительно риска развития существенного гастроэнтерологического осложнения при продолжении приема НПВП.

Значение инфекции H. pilori в качестве фактора риска для развития эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки при приеме НПВП неоднозначно и требует более подробного рассмотрения. Данные литературы по вопросу о влиянии колонизации гастродуоденальной слизистой оболочки H. pylori на частоту ульцерации у больных, принимающих НПВП, различны.

В большинстве зарубежных клинических исследований было показано, что наличие инфекции ассоциировано с существенным увеличением числа дуоденальных язв и с незначительным увеличением язв, локализующихся в желудке. При исследовании было обнаружено, что наличие микроорганизма было связано с незначительным увеличением у инфицированных частоты язв в желудке и существенным увеличением частоты язв в 12-перстной кишке.

Для нашей страны эти результаты имеют скорее косвенное значение, так как частота инфицирования H. pylori взрослой популяции очень высока

(превышает 80%), поэтому выделить группу H. pylori -негативных больных, принимающих НПВП, будет, вероятно, затруднительно.

Диагностика гастро- и дуоденопатий, ассоциированных с НПВП, основывается в первую очередь на результатах эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Его необходимо проводить всем больным, имеющим высокий риск развития осложнений от приема данных препаратов: с наличием клинических симптомов гастропатии, особенно эпигастральных болей, изжоги, тошноты, рвоты, анорексии и анемии.

К диагностическим эндоскопическим признакам относят: наличие гиперемии, отека, кровоизлияний, эрозий, изъязвлений и отсутствие характерного для ЯБ периульцерозного воспалительного вала. Эти изменения чаще локализуются в антральном отделе, реже - в теле желудка и в 12-перстной кишке.

После отмены НПВП клинические симптомы и изменения в гастродуоденальной слизистой оболочке обычно купируются, если они не ассоциированы с HP-инфекцией.

В заключении еще раз хочется подчеркнуть основное положение, исходя из сказанного выше: синдром НПВП - гастродуоденопатии лишь отчасти связан с локальным повреждающим влиянием НПВП на слизистую, а в основном обусловлен системным действием препарата. Поэтому гастротоксичноеть может иметь место при парентеральном или ректальном введении НПВП.

Профессор, д.м.н. И. А. Зборовская

СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА

Кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии,
Волгоград, Россия

Еще в 1919 году Гудпасчер описал 18-летнего юношу, у которого через месяц после гриппа развилось поражение почек в виде пролиферативного нефрита в сочетании с поражением легких в виде геморрагической пневмонии, сопровождавшейся кровохарканьем. Это заболевание было отмечено во время эпидемии гриппа в 1918-1919 годах, когда оно быстро приводило к смерти пациентов, которые уже были на пути к выздоровлению. Позже оно было названо синдромом Гудпасчера.

Считается, что синдром Гудпасчера — относительно редкое заболевание, хотя, думается, что это связано с трудностью диагностики и нечастым выявлением. Встречается в любом возрасте, преимущественно у мужчин.

Синдром Гудпасчера (СГ) — прогрессирующее аутоиммунное заболевание (системный васкулит или капиллярит) легких и почек по типу геморрагических пневмонита и гломерулонефрита.

При данном заболевании обнаружены антитела (обычно класса IgG) к базальным мембранам почек, перекрестно реагирующие с антигенами базальных мембран легких из-за сходства их антигенных структур.

Рассматриваются следующие возможности возникновения антителообразования.

1. Экзогенные антигены приводят к образованию антител, которые вступают в реакцию, как с альвеолярными, так и с почечными базальными мем-

бранами; в качестве возможных первоначальных причин следует иметь в виду вирусные инфекции.

2. Вследствие инфекции или действия химических факторов (органические растворители, пары бензина, аэрозоля для волос, углекислый газ и др.) составные части базальной мембраны претерпевают изменения, результатом которых является образование антигена; речь может идти также о первичном изменении базальной мембраны легких неизвестной природы.

3. Нарушение экскреции при поражении почки замедляет выделение через нее продуктов распада базальной мембраны. Эти вещества являются антигенами и вызывают образование антител к базальной мембране.

Иммунологические исследования привели к предположению об аутоиммунной природе заболевания. В базальных мембранах почечных клубочков с помощью иммунофлюоресценции удалось обнаружить отложения Ig G и комплемента, в некоторых случаях выявлены также отложения на базальных мембранах альвеол. Однако описан случай СГ у женщины 56 лет, у которой при иммунофлюоресцентной и электронной микроскопии биоптата почки признаков иммунореагирующих отложений найдено не было, так же как не обнаружено и циркулирующих антител к базальной мембране клубочков при исследовании сыворотки крови.

Этиология СГ неизвестна. У многих пациентов болезнь возникает в связи с гриппом (особенно грипп типа А), в результате бактериальных инфекций, лекарственной непереносимости, например к Д-пеницилламину.

Однако значительное учащение случаев этого заболевания наблюдалось при эпидемиях гриппа. Но ни вирусов, ни антител к ним до сих пор обнаружить не удалось. Правда, в почечном эпителии иногда выявлялись частички вирусов.

Кроме того, нельзя исключить генетической предрасположенности, в частности связи с HLA - DR.

При патоморфологическом исследовании в легких обнаруживается повышенная диффузная проницаемость капилляров, некротизирующий альвеолит с кровоизлияниями в базальную мембрану альвеол при минимальном воспалении. Наблюдается пролиферативный или некротический гломерулонефрит, прогрессирующий до почечной недостаточности. При электронно-микроскопическом исследовании выявляют изменения базальных мембран альвеолярных перегородок, легочных и почечных капилляров, связанные с фиксацией антимембранозных антител.

Клинические проявления чрезвычайно вариабельны.

Патология почек обычно предшествует заболеванию лёгких (от нескольких дней до нескольких недель), однако она не всегда сразу распознаётся.

Болезнь может начинаться остро с высокой температуры, кровохарканья, лёгочного кровотечения и одышки. Вначале количество крови в мокроте может быть небольшим, а затем более значительным. Присоединяются общие симптомы: потеря массы тела, усиление одышки, миалгии. Возможны астмоидные приступы с нарастанием признаков дыхательной недостаточности.

Выявляется одновременно прогрессирующий гломерулонефрит с быстрым развитием почечной недостаточности. Однако начало болезни с макроскопически обнаруживаемой гематурией или олигурией встречается редко. Уремия наступает очень быстро с клиническими признаками сонливости, рвоты,— тремора и анурии.

Клиническое обследование органов грудной клетки диагностически малоинформативно. Выявляются лишь нехарактерные аускультативные признаки, такие, как укорочение перкуторного звука, хрипы, особенно возникающие во время или после кровохарканья, выслушивается бронхиальное дыхание.

При рентгенографии лёгких обнаруживаются лёгочные инфильтраты около корня с распространением на средние и нижние участки лёгких. Эти инфильтраты имеют мелкопятнистую структуру, иногда сливаются между собой.

В связи с кровохарканьем они выявляются более отчётливо, а с прекращением его могут исчезать. Во время лёгочного кровотечения появляется диффузное «пылеобразное» затемнение, связанное с интраальвеолярной геморрагией, т.е. рентгенологическая картина при СГ может быть динамичной. В редких случаях наблюдается плевральный экссудат. В анализе мочи: протеинурия, гематурия, зернистые цилиндры.

Для СГ характерна тяжелая анемия. При этом речь идет о нормо- или гипохромной анемии, причиной которой считают нарушенный эритропоэз, а также дефицит железа, из-за разрушения эритроцитов в легких. Важным диагностическим признаком является обнаружение в мокроте макрофагов, содержащих гемосидерин, СОЭ — ускорена, лейкоцитоз.

Наиболее важнъм признаком следует считать обнаружение циркулирующих антител к базальной мембране клубочков класса Ig G, выявляемых более чем у 90% больных.

Как уже было представлено, клиническое течение СГ очень вариабельно. Некоторые авторы выделяют три варианта течения данного заболевания.

При первом варианте клиническая картина характеризуется своеобразной рецидивирующей геморрагической пневмонией, сопровождающейся признаками диффузного гломерулонефрита. Диагностика заболеваний в подобных случаях основывается на сочетании симптомов кровохарканья или легочного кровотечения с протеинурией и гематурией почти у всех больных и цилиндрурией более чем у половины из них. Отеки и артериальная гипертония, как правило, отсутствуют. Отмечается быстрое прогрессирование заболевания с развитием почечной, реже легочной, недостаточности. Рентгеногически у таких больных обнаруживаются то довольно крупные участки инфильтрации легочной ткани, то миллиарные очажки, концентрирующиеся преимущественно в средних и нижних отделах легких. Железодефицитная анемия развивается рано и бывает значительно выраженной. Пропорционально массивности и продолжительности легочных кровотечений в крови снижается содержание железа. Иногда наблюдается молниеносное течение.

Второй вариант СГ характеризуется относительно медленным прогрессированием легочных изменений в течение ряда лет и признаков поражения почек. Степень выраженности легочной патологии в различные периоды болезни у одного и того же больного отличается большой вариабельностью. Обострение васкулита у подобных больных всякий раз сопровождается усилением кашля (сухого или с отделением скудной слизистой мокроты), периодическим появлением прожилок крови в мокроте, повышением температуры до субфебрильных цифр и нарастанием рабочей одышки. У некоторых больных возникают приступы удушья, иногда присоединяется небольшая или умеренная артериальная гипертония. При рентгенологическом исследовании легких на фоне мелкосетчатого рисунка регистрируются «пыле-

видные» участки уплотнения легочной ткани, рассеянные обычно по всей поверхности органа, но наиболее густо представленные в средних и нижних отделах, что, по-видимому, связано с развитием гемосидероза. Патология почек при втором варианте течения болезни обычно регистрируется в более поздние периоды заболевания в виде небольшой протеинурии и скудных изменений мочевого осадка (небольшая лейкоцитурия, микрогематурия). Однако возможна развернутая картина диффузного гломерулонефрита с почечной недостаточностью.

При **третьем варианте** течения заболевание с начала и до конца протекает с преобладанием в клинической картине диффузного гломерулонефрита. Легочная патология в подобных случаях может выявиться лишь в финале заболевания, причем она далеко не всегда сопровождается симптомами кровохарканья или легочного кровотечения.

Диагностика СГ основывается на сочетании у больного геморрагической пневмонии с кровохарканьем и гематурического гломерулонефрита с развитием почечной недостаточности. Диагноз подтверждается обнаружением циркулирующих антител к базальным мембранам почки. Обнаружение гипохромной анемии и гемосидерина в макрофагах мокроты, выявление на рентгенограммах легких типично расположенных мелкопятнистых, отчасти сливающихся очагов инфильтрации в обоих легких являются также важными диагностическими признаками.

Итак, для СГ характерна основная триада признаков: гломерулонефрит, легочное кровотечение и наличие антител к базальной мембране клубочков почек.

При СГ плохими прогностическими признаками считают олиго- или анурию, повышение уровня креатинина сыворотки более 6 мг/мл в течение многих недель и выраженные гистопатологические изменения.

В целом прогноз неблагоприятный: без соответствующей терапии смерть наступает в короткие сроки вследствие почечной недостаточности или легочного кровотечения и легочно-сердечной недостаточности.

Лечение

Рекомендуются глюкокортикостероиды в больших дозах: преднизолон до 100 мг/суг в сочетании с цитостатическими препаратами, обладающими иммунодепрессивными свойствами (азатиоприн или циклофосфамид по 150-200 мг/сут). При условии рано начатого лечения можно замедлить прогрессирование болезни.

При почечной недостаточности показаны гемодиализ и трансплантация почки, приводящие к ремиссии болезни. Однако согласно полученным данным спустя 6 месяцев после нефрэктомии можно обнаружить циркулирующие антитела.

В последние годы с успехом применяется эффективный плазмаферез в сочетании с иммунодепрессивной терапией и метилпреднизолоном внутривенно (1 г в течение 3 дней), т.е. пульстерапия. Но в целом, как уже было отмечено, прогноз заболевания неблагоприятный.

В заключение несколько слов о дифференциальной диагностике. Дифференциальная диагностика предусматривает другие системные васкулиты, СКВ с поражением легких по типу васкулита.

СКВ отличается от СГ отсутствием антител к базальной мембране, а также обнаружением волчаночных клеток, различных антинуклеарных антител и снижением уровня комплемента в сыворотке.

Гранулематоз Вегенера обычно поражает и верхние, включая носовые ходы, гортань и бронхи, и нижние дыхательные пути, антител к базальной мембране клубочков почек нет. Наиболее часто распознаваемыми признаками являются изъявляющие сосудистые поражения, включая перфорации носовой перегородки.

Идиопатический легочный гемосидероз (синдром Цеелена-Геллерстедта) характеризуют повторные легочные кровотечения, редкое вовлечение в процесс почек. Смерть при идиопатическом легочном гемосидерозе может наступить вследствие профузного кровотечения, но обычно больные живут достаточно долго, характерно развитие длительных ремиссий. Исследования с помощью иммунофлюоресценции при идиопатическом легочном гемосидерозе не показывают никаких отложений иммуноглобулинов в базальной мембране легкого.

Абиссова Т.О., Баранов А.А., Бажина О.В., Марасаев В.В., Василевская О.А., Арземанова Н.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЯ АНТИГЕН ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ УЗЕЛКОВЫМ ПОЛИАРТЕРИИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Введение: антиген фактора фон Виллебранда (ФВ:Аг) - высокомолекулярный гликопротеид, синтезируемый эндотелиальными клетками и мегакариоцитамив. ФВ:Аг считают маркером повреждения сосудистого эндотелия. Возможно, повреждение эндотелиальных клеток в ответ на воздействие циркулирующих иммунных комплексов, аутоантител, цитокинов играет важную роль в поражении почек при узелковом полиартериите и хроническом гломерулонефрите.

Цель исследования: определить клиническое значение ФВ:Аг у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) и узелковым полиартериитом (УП).

Материал и методы: обследовано 18 пациентов с узелковым полиартериитом (9 мужчин и 9 женщин, средний возраст 35,4±10,6 лет) и 44 – с хроническим гломерулонефритом (34 мужчины и 10 женщин, средний возраст 31,6±12,9 лет). Поражение почек отмечалось у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом. У 5 человек имел место мочевой синдром, представленный умеренной протеинурией и микрогематурией. У одного пациента был выявлен нефротический синдром. У пациентов с хроническим гломерулонефритом наиболее часто встречался мочевой синдром - у 23 (52,3%), реже наблюдались нефротический - у 13 (29,5%) и острый нефритический синдромы - у 8 (18,2%) человек. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 25 (56,8%) больных. У 39 больных хроническим гломерулонефритом диагноз был подтвержден при биопсии почек. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита встречались следующие: мезангиопролиферативный у 29 (74,4%) человек, мезангиокапиллярный и липоидный нефроз у 4 (10,2%), мембранозный и фибропластический у 1 (2,6%) пациента. ФВ:Аг определяли в сыворотке крови твердофазным иммуноферментным методом.

Результаты исследования: повышение концентрации ФВ:Аг в сыворотке крови обнаружено у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом и у 21 (47,7%) пациента с хроническим гломерулонефритом. При этом, была выявлена достоверная положительная корреляционная зависимость между наличием почечной патологии и повышением уровня ФВ:Аг ($r=0,45$; $p<0,05$) при узелковом полиартериите. При хроническом гломерулонефрите получены достоверные положительные взаимосвязи между артериальной гипертензией, нефротическим, острым нефритическим синдромами и повышением уровня ФВ:Аг ($r=0,37$, $p<0,05$; $r=0,38$, $p<0,05$; $r=0,49$, $p<0,001$ соответ-

ственно). Обращает на себя внимание появление обратной связь между перечисленными параметрами ХГН и мочевым синдромом (r=–0,68, p<0,0001).

Выводы: таким образом, проведенное исследование показывает необходимость определения ФВ:Аг в сыворотке крови в качестве маркера почечного поражения при узелковом полиартериите. Наличие высокого титра ФВ:Аг при ХГН связано с наличием более тяжелого течения заболевания.

Александров А.В., Зотина М.В., Маслакова Л.А., Гонтарь И.И., Никитин М.В., Шилова Л.Н., Расим Салман, Зборовская И.А.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ПОМОЩЬЮ МАГНИТОУПРАВЛЯЕМЫХ СОРБЕНТОВ НА ОСНОВЕ КАТАЛАЗЫ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН;
кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии,
Волгоград, Россия

Цель исследования: усовершенствование иммунодиагностики и контроля эффективности терапии ревматоидного артрита (РА) и системной склеродермии (ССД) с помощью иммобилизированных магнитоуправляемых сорбентов (МС) на основе каталазы (КАТ).

Материалы и методы. Антитела (АТ) к КАТ определяли иммунофлюоресцентным методом с использованием МС (И.П.Гонтарь, 2000) в сыворотке крови 58 больных со II степенью активности РА и 68 больных ССД. Из больных РА сформировали четыре группы: I (14 человек) – были применены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП); II (16 человек) – НПВП в сочетании с парентеральным введением кортикостероидов (КС); III (12 человек) – НПВП и КС per os; IV (16 человек) – НПВП и лазерная рефлексотерапия (ЛРТ). Больные ССД были разделены на три группы: I группа (32 человека) - были применены основные виды терапии (антифиброзные, сосудистые препараты, ЛФК и др.); II группа (22 человека) - добавлены кортикостероидные гормоны; III группа (14 человек) - применены дополнительно методы экстракорпоральной терапии (плазмаферез, ПФ).

Результаты. При изучении динамики АТ к КАТ у больных РА в зависимости от вида проводимой терапии было получено, что наименьшие изменения эти показатели претерпевают при использовании НПВП (t=1,61, p>0,05). Во II группе больных РА наблюдалось снижение количества АТ к КАТ (t=4,25, p<0,001), но уровень АТ при выписке оставался достоверно выше, чем в группе здоровых лиц (t=2,15, p<0,05). Более выраженный эффект наблюдался при приеме КС per os. Перед выпиской не было отмечено достоверных различий в содержании АТ между данной группой больных и здоровыми лицами (p>0,1). Применение метода ЛРТ (IV группа) позволило повысить эффективность лечения РА, что нашло отражение не только в положительных лабораторных сдвигах (снижение уровня АТ к КАТ , t=3,06, p<0,01; нормализация отдельных иммунологических показателей), но и в улучшении клинического состояния больных (значительно уменьшался или купировался суставной синдром, снижалась продолжительность утренней скованности,

увеличивалась подвижность пораженных суставов, уменьшались экссудативные явления в них).

При изучении динамики антител к КАТ у больных ССД в зависимости от вида проводимой терапии отмечено, что в I группе больных ССД не произошло достоверного уменьшения количества изучаемых антител ($p>0,05$). В группе больных, принимавших КС, произошло достоверное снижение уровня АТ к КАТ ($p<0,05$), однако уровень изучаемых АТ не приблизился к показателям здоровых лиц. В III группе больных отмечен положительный эффект применения ПФ в сочетании с преднизолоном и иммунодепрессантами. Перед выпиской содержание АТ к КАТ было на уровне показателей верхней границы нормы ($p>0,05$).

Выводы. Динамика АТ к КАТ, наблюдаемая на фоне лечения, как РА, так и ССД, позволяет использовать данный показатель в качестве критерия эффективности проводимой терапии. При использовании в лечении больных РА метода ЛРТ позволяет добиться существенного увеличения ферментативной активности КАТ на фоне снижения уровня АТ к ней. Полученные при лечении больных ССД результаты свидетельствуют об определенных преимуществах включения ПФ в комплексное лечение ССД и соответствуют современным представлениям о возможности использования экстракорпоральной терапии у больных данного профиля.

РАБОТА ВЫПОЛНЕНА ПРИ ПОДДЕРЖКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.

Александров А.В., Старова О.В., Петрова Н.В., Красильников А.Н., Шилова Л.Н., Сычева Г.Ф., Гонтарь И.П.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН;
кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии,
Волгоград, Россия

Фундаментальные исследования последних лет явились прочной основой для создания положений о функциональном единстве эндокринной и иммунной систем. Интенсивное развитие получило новое научное направление, связанное с изучением факторов гуморального иммунитета – естественных антител (Е-АТ), которые продуцируются нормальными В-клетками в отсутствии антигенной стимуляции и наделены разнообразными физиологическими функциями. Было обнаружено большое сходство Е-АТ с аутоантителами, возникающими при многих системных аутоиммунных заболеваниях, в том числе и ревматических. В настоящее время все многообразие известных Е-АТ условно можно разделить на три группы: 1) Е-АТ к макромолекулярным соединениям; 2) антиидиотипические антитела; 3) Е-АТ к низкомолекулярным соединениям (НМС), куда входят и Е-АТ к гормонам.

Известно, что низкомолекулярные вещества (гаптены) не способны самостоятельно индуцировать иммунный ответ. Они приобретают антигенные свойства, если входят в качестве антигенной детерминанты в состав конъюгированных антигенов с каким-либо высокомолекулярным антигенным но-

сителем. И, тем не менее, Е-АТ к различным гаптенам обнаружены в сыворотках животных и людей (катехоламинам, простагландинам, гистамину, тироксину и другим гормонам). Одним из возможных путей индукции Е-АТ к эндогенным НМС (рецепторам, ферментам, медиаторам, пептидам, гормонам) является антиидиотипический механизм. Установление факта, что уровень антиидиотипических АТ является низким у аутоиммунных пациентов, но высоким у здоровых лиц, позволило выдвинуть предположение, что нарушение регуляции синтеза антиидиотипических АТ аутореактивными В-клетками может служить одной из причин возникновения аутоиммунных заболеваний.

Установление механизма аутоиммунной патологии представляется чрезвычайно важным, поскольку от этого зависят варианты лечения, которые при данных состояниях могут быть принципиально различными. Из данных литературы известно, что АТ к фармакологическим препаратам способны удерживать в крови очень большие их количества, а также могут парадоксальным образом нейтрализовать физиологическую активность последних. Поэтому наличие защитной функции Е-АТ имеет большое значение для практической медицины, т.к. анализ содержания Е-АТ (в частности к кортикостероидам, КС) в сыворотках крови людей может стать диагностическим тестом для определения эффективность проводимой терапии и целесообразность применения выбранных терапевтических доз лекарственного вещества.

Лечение аутоиммунных заболеваний направлено на снижение количества клеток-продуцентов аутоантител, а также лимфоцитов, обусловливающих иммунную агрессию. Как правило, терапию начинают с использования мягких иммунодепрессоров – КС. Дозы препаратов зависят от заболевания, его тяжести, стадий и т.д. и обычно составляют от 20 до 100 мг преднизолона в сутки. В настоящее время применение низких доз КС (< 1О мг/сут.) позволяет адекватно контролировать ревматическое воспаление, снизить скорость прогрессирования деструктивного процесса в суставах. Причем отмечено, что преднизолон, принятый в 2 часа ночи в дозе 5 мг, проявляет такую же антивоспалительную активность, как и доза 15 — 17,5 мг, но принятая в дневное время.

Выводы. Таким образом, представляется целесообразным при назначении гормональной терапии больным ревматологического профиля ориентироваться на значение Е-АТ к КС, так как данные АТ могут играть определенную роль в развитии стероидной резистентности. Уровень Е-АТ к КС может иметь прогностическое значение как критерий быстроты достижения клинического эффекта КС, а изменение их уровня (снижение, рост, нормализация) в процессе лечения – как показатель эффективности выбранной терапевтической схемы.

Аль Акбари Халед, Морозова Т.А., Надирадзе С.Б., Агафонова Н.Л., Зборовская И.А.

АКТИВНОСТЬ ГУАНИНДЕЗАМИНАЗЫ И ГУАНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ.

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

В последние 2-3 десятилетия как в России, так и за рубежом научно-исследовательских работ по проблемам ревматизма проводится крайне мало, по сравнению с 60-70-ми годами XX столетия. Вероятно, это связано с тем, что в те годы были достигнуты значительные успехи в вопросах диагностики, лечения и профилактики ревматизма, снизилась заболеваемость и частота рецидирования ревмакардита. Внимание ревматологов в большей степени переключилось на другие ревматические болезни, и это не замедлимо проявится на увеличении заболеваемости ревматизмом, частоты формирования ревматических пороков и значительной активизации кардиохирургов по реконструктивным операциям ревматических пороков сердца. Современное течение ревматизма характеризуется вялым течением ревмокардита и малой активностью потологического процесса, и по этому проблема диагностики активного ревматизма значительно усложнилась. В последние годы появилось много работ по исследованию активности энзимов пуринового метаболизма при заболеваниях суставов, и показано, что энзимные тесты являются чувствительными индикаторами патологического процесса с восполительным компонентом. Исходя из этого, нами проводилось определение активности двух ферментов пуринового метаболизма в сыворотке крови больных ревматизмом: гуаниндезаминазы (ГДА) и гуанозиндезаминазы (ГЗДА).

Под наблюдением находилось 28 больных ревматизмом, из которых 20(71,4%) женщин и 8(28,6%) мужчин. Средний возраст больных – 41,2± 4,1 лет. Средняя продолжительность заболевания – 6,1±2,5 лет. У всех больных определялись пороки сердца: комбинированный митральный порок (64,3%), митральный стеноз (7,1%), стеноз устья аорты (7,1%), комбинированный митральный порок и стеноз устья аорты (14,3%) и недостаточность митрального клапана (7,1%).

В результате тщательного клинико-инструментального и лабораторного обследования у всех больных установлена I степень активности патологического процесса. Активность ГДА у здоровых людей (30чел.) составила 1,16 ± 0,13 МЕ., ГЗДА – 2,26±0,15 МЕ (1 МЕ соответствует образованию 1 мкмоль азота 1 л/мин.).

При поступлении на лечение определялось повышение активности ГДА – 1,5±0,11 МЕ ($p<0,05$) и ГЗДА – 2,88±0,14 МЕ ($p<0,01$). Через 10-12 дней лечения активность ГЗДА снизилась ($p<0,05$), а ГДА уменьшилась недостоверно – 1,3 + 0,07 ($p>0,05$). По окончании курса лечения отмечалось дальнейшее снижение активности ГДА ($p<0,05$) и ГЗДА ($p<0,01$), и активность энзимов не отличалась от показателей здоровых людей ($p>0,05$). Таким образом, определение активности ГДА и ГЗДА способствует индикации минимальных проявлений активации ревматического процесса и контролю за эффективностью проводимой терапии.

Аршинов А.В., Масина И.В., Левшин Н.Ю., Емануилов В.И.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ВОСПАЛЕНИЕМ И ПРОЦЕССАМИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Связь между воспалением и коагуляцией не подлежат сомнению. Воспаление приводит к активации гемостаза путём внутрисосудистой экспрессии тканевого фактора и снижение антикоагулянтной активности. Тромбин, в свою очередь, осуществляет дальнейшее развития воспалительных процессов. Это создаёт порочный круг, приводящий к сосудистым поражениям. Целью нашего исследования являлся анализ взаимосвязи между гемостазиологическими тестами и клиническими и лабораторными показателями активности у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ).

В исследование были включены 86 больных СКВ в фазу обострения. Определяли: активированное время свертывания (АВР), активированное частичное (парциальное) тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время (ТВ), протромбиновое время (ПТИ), по методу Квика, концентрацию фибриногена, растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК). Исследование агрегационной функции тромбоцитов проводилось in vitro по Born G.V.R. Кроме спонтанной агрегации (СА) проводилось исследование агрегации тромбоцитов с индукторами агрегации: ристоцетином, АДФ и коллагеном. Определение концентрации антитромбина III и антигена фактора фон Виллебранда (ФВ:Аг) в сыворотке крови проводились с помощью твёрдофазного иммуноферментного метода. Определение показателей вазоактивных аминов (серотонина, гистамина и катехоламинов), а также 11-оксикортикостероидов (кортизол и кортизон) производилось спектрофлюориметрическим методом. Степень активности заболевания определяли по рекомендациям В.А.Насоновой (1972), а также используя индексы SLEDAI и SLAM.

У пациентов с СКВ отмечено достоверное ($p < 0,01$) укорочение показателя АПТВ характерное для гиперкоагуляции, снижение ТВ, характерные для гиперкоагуляции, зафиксированы у 40,3% пациентов. Концентрация фибриногена была достоверно повышена ($p<0,01$). Определялось значительное снижение показателей спонтанного фибринолиза ($p<0,01$). Особенно характерным явилось значительное увеличение концентрации РФМК и увеличение показателей СА (более, чем в 5 раз) по сравнению с контрольной группой ($p<0,01$). Концентрация АТ III имела значительную тенденцию к снижению. Более чем в 3 раза была увеличена концентрация ФВ:Аг в отличие от группы контроля ($p<0,05$). Средний счёт по шкале SLEDAI составил 16,0 ± 0,7 балла. При оценке активности по шкале SLAM счёт составил 10,9 ± 0,3 баллов.

При оценке активности процесса, согласно рекомендациям В.А.Насоновой, у больных с умеренной и выраженной степенью активности отмечались ($p<0,01$) прямые корреляционные связи с показателем тромбинового времени и уровнем адреналина в плазме. Проведение корреляционного анализа с показателем индексов SLAM показало прямые корреляционные связи с показателями РФМК, фибриногена, СА тромбоцитов и уровнем серотонина Р, обратные - с показателем ПТИ, уровнем АТ III, активностью фибринолиза и концентрацией ГКС ($p<0,01$). Отмечены достоверные прямые корреляционные связи между показателями активности согласно индексу

SLEDAI и концентрацией РФМК, уровнем ФВ:Аг, фибриногена и серотонина ($p < 0,01$). Типичным явилось наличие прямых корреляционных связей между концентрацией РФМК и наличием ливедо и тромбофлебитов у больных СКВ.

Таким образом, данное исследование подтвердило наличие взаимозависимости между процессами тромбообразования и воспаления у больных СКВ. Проведённый корреляционный анализ показал прямую связь между активностью ревматического процесса и показателями активации гемостаза и следовательно риска тромбообразования. Полученные данные позволяют рекомендовать использование таких показателей гемостаза как РФМК и СА тромбоцитов для оценки активности процессов гемостаза и воспаления при данном заболевании.

Бажина О.В., Баранов А.А., Марасаев В.В., Василевская О.А., Абиссова Т.О., Арземанова Н.А.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ОБНАРУЖЕНИЯ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В БИОПТАТАХ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ЛЮПУС-НЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования – оценить значение антигена фактора фон Виллебранда (ФВ:Аг) в почечных биоптатах у больных с волчаночным нефритом (ЛН) и хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материал и методы: обследовано 9 больных люпус-нефритом (все женщины, средний возраст 40,7±12,1 года) и 11 больных с хроническим гломерулонефритом (9 мужчин и 2 женщины, средний возраст 35,5±8,9 лет). У больных СКВ были зарегистрированы следующие морфологические варианты нефритов: диффузный нефрит IV класса (2 пациента - 22,2%), диффузный мембранозный V класса (5 пациентов – 55,6%) и фибропластический (2 больных – 22,2%). Среди больных ХГН у 9 (81,8%) был диагностирован мезангиопролиферативный гломерулонефрит, у 1 (9,1%) мембранозный гломерулонефрит и у 1 (9,1%) нефрит с минимальными изменениями. Антиген фактора фон Виллебранда определяли в биоптатах почечной ткани.

Результаты исследования: у больных хроническим гломерулонефритом ФВ:Аг был выявлен у 9 (81,8%) человек, имеющих различные клинические варианты заболевания. Учитывая тот факт, что антиген фактора фон Виллебранда, синтезирующийся эндотелиальными клетками и являющийся маркером повреждения сосудистого эндотелия, уместно было бы предположить, что при воздействие циркулирующих иммунных комплексов, аутоантител и цитокинов, он будет откладываться именно в эндотелии капилляров. Однако, в большинстве случаев его депозиты обнаруживались в интерстициальной ткани почек (у 7 пациентов -77,8%), причем у двух из них ФВ:Аг присутствовал и в капсуле клубочка. Кроме этого, у 1 больного этот гликопротеин выявлялся только в капсуле клубочка, а в 1 случае он располагался в эндотелии капилляров.

У больных люпус-нефритом, ФВ:Аг был выявлен у 6 больных (66,7%), который располагался также преимущественно в интерстициальной ткани почек.

При анализе факта обнаружения антигена, характера распределения ФВ:Аг в ткани почек и его концентрации в сыворотке крови, а также с особенностей клинической картины заболевания и уровня протеинурии, каких либо достоверно значимых корреляционных связей не получено.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о возможности образования фактора фон Виллебранда локально в ткани почек, причем с преимущественной локализацией его в интерстиции. В полной мере клиническое значение обнаружения ФВ:Аг в ткани почек, несмотря на отсутствие достоверной связи с предложенными параметрами, может быть оценено при дальнейшем изучении.

Баймухамедова Р.О., Айсарова А.Б., Жангарашева Г.К.

АНТИГЕНЫ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Кафедра внутренних болезней №1,
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Республика Казахстан

Изучение антигенов HLA системы привлекает большое внимание специалистов, работающих в различных областях медицины. Болезнь Бехчета относится к системным васкулитам, в основе которого имеются наследственная предрасположенность и нарушения в иммунной системе. Ассоциация ревматических болезней с антигенами HLA – системы рассматривается как одно из доказательств генетической предрасположенности. По данным литературы, одним из ревматических заболеваний, при котором имеется достоверная ассоциативная связь с антигенами HLA системы, является болезнь Бехчета.

Многочисленными исследованиями в различных странах показано, что частота выявления в крови больных с болезнью Бехчета антигена B5 или B51, а также клинический полиморфизм болезни зависят от этнической принадлежности пациентов.

Материалы и методы исследования.

В настоящей работе проводилось изучение особенностей распределения HLA антигенов 1 класса у 30 больных казахской национальности с достоверным диагнозом болезни Бехчета. Контрольную группу составили 202 донора казахской национальности Республиканского центра переливания крови.

Основным методом определения HLA антигенов был лимфоцитотоксический тест Терасаки с применением типирующих сывороток Минского НИИ гематологии и переливания крови. Анализированы 14 антигенов локуса HLA-A, 39 антигенов локуса HLA-B. Наличие каждого антигена подтверждали не менее чем тремя моноспецифическими сыворотками. Учёт реакции проводился при фазовоконтрастной микроскопии. Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием определения χ^2.

Результаты исследования. Анализ данных распределения антигенов HLA-системы у больных с болезнью Бехчета и здоровых лиц показал различную частоту встречаемости отдельных антигенов, а именно: у 20,6% больных с ББ определяется антиген HLA B51, что достоверно отличается от частоты этого антигена в контроле – 0,99% (χ^2=18,66; χ^2 =6,63 при p=0,01).

Напротив частота выявляемости антигена HLA B5 в основной группе снижена, тогда как в контрольной этот антиген установлен у 27,7% больных. Согласно литературным источникам, более яркая клиническая картина и тяжёлое течение наблюдается у больных, болезнь Бехчета которых ассоциирована с носительством антигена B51.

Вывод: У больных с болезнью Бехчета казахской национальности отмечается положительная ассоциация с антигеном HLA-B51.

Баранов А.А., Бажина О.В., Василевская О.А., Абиссова Т.О., Арземанова Н.А.

КЛИНИНО-ИММУННАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РАЗВИТИИ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования – комплексная оценка факторов, участвующих в процессе поражения почек у больных системной красной волчанкой.

Материал и методы: проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование 34 пациентов с системной красной волчанкой (4 мужчины и 30 женщин, средний возраст 36,5±12,4 лет). У 11 (32,4%) из них был выявлен антифосфолипидный синдром (АФС). Поражение почек встретилось у 28 (82,4%) больных. Определение антител к кардиолипину (аКЛ) изотипов IgG и IgM, антител к нативной ДНК (а-нДНК) и IgM и IgA ревматоидных факторов (РФ) проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистическая обработка включала проведение корреляционного (Спирмен) и факторного анализа, с последующей оценкой полученных инстилляций.

Результаты исследования: было отмечено, что поражение почек при СКВ достоверно связано с активностью болезни, оцениваемой по шкале SLEDAI ($r=0,61$; $p<0,001$) и SLAM ($r=0,38$; $p<0,05$). При этом показатели активности также положительно коррелировали между собой ($r=0,72$; $p<0,00001$).

Обратные взаимосвязи выявлены с минимальной степенью клинической активности заболевания ($r=-0,39$; $p<0,05$), а также наличием IgG аКЛ в среднем титре ($r=-0,40$; $p<0,05$). При этом последний показатель имел обратную зависимость с индексом SLAM ($r=-0,35$; $p<0,05$), а первая степень клинической активности с индексом SLEDAI ($r=-0,57$; $p<0,01$).

Факторный анализ позволил определить основные группы показателей, оказывающих влияние на поражение почек у больных с СКВ.

В группе пациентов с СКВ выделено пять факторов, принимающих участие в поражении почек, с общей силой влияния 50,4%. Практически все они были связаны с АФС и аКЛ.

Первый фактор ("Фактор активности и АФС" сила воздействия - 17,9%) зависел от высокой степени активности заболевания ($r=0,77$), наличия определенного АФС ($r=0,71$) и связанных с ним острых нарушений мозгового кровоообращения ($r=0,85$) и эпилепсии ($r=0,84$).

Второй фактор ("АФС-фактор", 11,3%) включал в себя АФС (г=0,74) и различные его проявления, а, именно, тромбозы (г=0,87), венозные тромбозы (г=0,87), в частности тромбозы поверхностных вен (г=0,75).

Третий фактор ("Фактор течения заболевания", 8,6%) носил прямую зависимость с острым течением (г=0,70) и высокой активностью заболевания (SLAM - г=0,79).

Четвертый фактор ("Фактор аФЛ", 6,6%) объединил присутствие аКЛ (г=0,70), IgG аКЛ (г=0,87) и IgG аКЛ в среднем титре (г=0,63), тем самым дополняя предыдущие клинические факторы иммунными признаками АФС.

Пятый фактор ("Фактор иммуновоспалительной активности, 5,8%) носил прямую зависимость с наличием а-нДНК (г=0,49) и обратную с IgM и IgA РФ (г=0,-61 и г=-0,63). Этот факт подтверждает данные литературы об участии а-нДНК в патогенезе нефрита при СКВ и о более редком его развитии у больных, имеющих РФ.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о сложности и многообразии патогенетических механизмов, участвующих в развитии поражения почек при СКВ.

Бедина С.А., Слюсарь О.П., Морозова Т.А., Григорьянц С.Р., Абрамов Н.Б., Мельникова И.С.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

ГУ НИИ КиЭР РАМН, Волгоград, Россия

Всего под наблюдением находилось 48 больных ОА, среди которых было 30 (62.5%) женщин. Средний возраст больных – 49.4±6.5 лет. Средняя продолжительность заболевания – 10.3±3.2 года. У 56.3 % больных обнаружены явления синовита. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей.

У всех больных ОА на протяжении курса стационарного лечения трижды определялась активность аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезамииназы (АМФДА), адениндезаминазы (АД), изоферменты АДА. Определение активности АДА проводилось по методу Martinec R.G. (1963), АМФДА – по методу Тапбергенова С.О. и соавт. (1984), АД – по методу Sakai T. (1978). Для разделения изоферментов АДА использовался метод зонального электрофореза в агарозном геле с последующей денситометрией. Кроме того, всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование.

У больных остеоартрозом (группа в целом) при поступлении на лечение по сравнению со здоровыми обнаружено повышение активности АДА, снижение активности АМФДА, АД, уменьшение АДА-1. Перед выпиской из стационара практически нормализовались показатели активности АДА, АМФДА и АД, только изоэнзимы АДА-1 у большинства больных не достигли нормы.

У больных с синовитом при поступлении на лечение по сравнению со здоровыми выявлено увеличение активности АДА, уменьшение изоферментов АДА-1, снижение активности АМФДА и АД. По окончании курса лечения активность АДА снизилась, а активность АМФДА, АД и АДА-1 увеличилась.

Большинство энзимных показателей практически достигли уровня нормы. Только изоферменты АДА-1 отличались от границ нормы.

У больных ОА без синовита при поступлении в стационар по сравнению со здоровыми изоэнзимы АДА-1 уменьшались. Перед выпиской отмечалась нормализация практически всех показателей. У больных с синовитом выше активность АДА, ниже активность АМФДА, АД и изофермены АДА-1, чем у больных без него.

В результате проведенных нами исследований, с биохимической точки зрения, ОА, протекающий с синовитом характеризуется активацией аденозинового: увеличение активности АДА и торможением безаденозинового механизма распада адениннуклеотидов: снижение активности АМФДА. Параллельно идет и уменьшение активности АД. Аденозин катаболизируется до МК последовательно через инозин, гипоксантин, ксантин, что, вероятно, должно сопровождаться повышением активности 5′-нуклеотидазы и ксантиноксидазы. Как показано выше, активность исследованных нами ферментов находилась в пределах нормы у большинства больных ОА без синовита. Следовательно, катаболизм адениннуклеотидов идет приблизительно в одинаковой степени как по аденозиновому, так и по безаденозиновому пути.

Таким образом, у больных ОА выявлено нарушение ПМ. Причем, обнаруженные изменения возрастают с развитием синовита: увеличивается активность АДА и уменьшается активность АМФДА, изоферменты АДА-1.

Белых Е.В., Меньшикова Л.В.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Областной центр диагностики и профилактики ревматических заболеваний и остеопороза Диагностического центра, Иркутск

Целью настоящей работы явилось изучение состояния минеральной плотности костной ткани у больных с ревматоидным артритом (РА) и ее зависимость от вариантов течения ревматоидного артрита.

Обследовано 86 женщин с РА в возрасте от 18 до 78 лет, средний возраст составил 50,3 ± 12,5 года, 49 женщин находились в постменопаузальном периоде. Диагноз РА верифицирован по критериям АРА (1997). Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом DEXA на аппарате “DPX-IQ”, фирма “Lunar” (США) в поясничном отделе позвоночника (L2-L4) и в проксимальном отделе бедренной кости. Индекс тяжести РА определялся по критериям Ивановой (1993).

Остеопороз в поясничном отделе позвоночника выявлен у 20,9% всех женщин, в проксимальном отделе бедренной кости у 22%. У женщин, получающих системную терапию кортикостероидными гормонами (КС), остеопороз встречается с одинаковой частотой, 37%, в двух областях измерения. Среди постменопаузальных женщин, получающих КС, отмечается значительное нарастание частоты остеопороза: 58,8% - в поясничном отделе позвоночника и 52,9% в проксимальном отделе бедренной кости.

Выявлены достоверные различия в МПКТ у женщин, получающих КС и без системной терапии кортикостероидными гормонами. МПКТ в поясничном отделе позвоночника составила 0,999±0,199г/см² в первой группе и 1,098±0,177г/см² во второй группе больных, (p=0,014). МПКТ в проксимальном отделе бедренной кости составила 0,759±0,196г/см² и 0,872±0,188г/см² соответственно, (p=0,019).

Достоверных различий в МПКТ у больных с различной степенью активности РА, с серопозитивным и серонегативным вариантами РА и с различным уровнем СРБ, на момент исследования, выявлено не было.

Установлена обратная корреляционная зависимость между МПКТ и индексом тяжести РА во всех областях измерения: в поясничном отделе позвоночника r=-0,31 (p=0,04) и в проксимальном отделе бедренной кости r=-0,26 (p=0,01). Обратная корреляционная зависимость прослеживается между МПКТ и возрастом больных: r=-0,29 (p=0,005) в поясничном отделе позвоночника и r=-0,31 (p=0,002) в проксимальном отделе бедренной кости. Достоверной корреляционной зависимости между МПКТ и активностью РА, уровнем СРБ, наличием ревматоидного фактора, длительностью приема КС, средней и кумулятивной дозой КС, на момент исследования, выявлено не было.

Таким образом наибольшая частота остеопороза выявлена у пожилых женщин в постменопаузальном периоде, имеющих высокий индекс тяжести РА и получающих системную терапию кортикостероидами.

Варга О.Ю., Игнатьев В.К., Везикова Н.Н., Марусенко И.М.

АКТИВНОСТЬ ПРОГРАММИРОВАННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Цель исследования: изучение активности программированной клеточной гибели (ПКГ) лимфоцитов (Лф) при раннем ревматоидном артрите (РА).

Материалы и методы: исследовано 12 больных ранним РА, не получавших базисной терапии. В качестве контроля были взяты 2 здоровых донора (Д). Активность ПКГ Лф периферической крови оценивалась по активности каспазы 8 (К8), индуцирующей ПКГ, и каспазы 6 (К6) как эффекторной каспазы. Параллельно исследовалась активность каспазы 4 (К4), ассоциированной с воспалительным процессом. Активность каспаз оценивалась методом флуоресценции (Фц) через 30, 60, 120, 150 и 180 минут после начала реакции. Кроме того, был оценен характер повреждений ДНК Лф по изменению параметров Фц двух ДНК-тропных красителей: бромистого этидия (EtBr) (выявление 2-нитевых разрывов ДНК, характерных для ПКГ) и 4',6-диамидино-2-фенилиндола (DAPY) (выявление 1-нитевых разрывов ДНК, не характерных для ПКГ).

Результаты: активность К8 при РА через 30 мин от начала реакции была равна 0,0020±0,0002, 60 мин – 0,0050±0,0002, 120 мин – 0,0070±0,0000, 150 мин – 0,0090±0,0001, 180 мин – 0,0100±0,0001. Активность К8 в Лф Д через 30 мин была равна 0,0020±0,0000, 60 мин – 0,0050±0,0001, 120 мин –

0,0080±0,0002, 150 мин – 0,0090±0,0000, 180 мин – 0,0100±0,0000. Активность К6 при РА через 30 мин от начала реакции была равна 0,0030±0,0003, 60 мин – 0,0050±0,0004, 120 мин – 0,0070±0,0003, 150 мин – 0,0080±0,0002, 180 мин – 0,0090±0,0002. Активность К6 в Лф Д через 30 мин была равна 0,0030±0,0001, 60 мин – 0,0060±0,0002, 120 мин – 0,0070±0,0000, 150 мин – 0,0090±0,0000, 180 мин – 0,0100±0,0001. Активность К4 при РА через 30 мин от начала реакции была равна 0,0040±0,0002, 60 мин – 0,0100±0,0005, 120 мин – 0,0240±0,0030, 150 мин – 0,0460±0,0042, 180 мин – 0,0600±0,0066. Активность К4 в Лф Д через 30 мин была равна 0,0030±0,0001, 60 мин – 0,0050±0,0000, 120 мин – 0,0070±0,0000, 150 мин – 0,0080±0,0001, 180 мин – 0,0100±0,0001, причем разница между группами через 60, 120, 150 и 180 мин от начала реакции была достоверной ($p<0,001$). Активность Фц EtBr в исследуемой группе была равна 5,82±0,14, в контрольной – 5,15±0,005. Активность Фц DAPY при РА была равна 34,72±0,52, у Д – 28,35±0,55. При исследовании коэффициента корреляции по Пирсону нами выявлена достоверная положительная корреляция между активностью Фц EtBr и активностью К8 через 30 мин ($\chi=0,44$), 60 мин ($\chi=0,44$), 150 мин ($\chi=0,46$), 180 мин ($\chi=0,63$), а также отрицательная корреляция с активностью К4 через 30 мин ($\chi=-0,38$), 60 мин ($\chi=-0,36$), 120 мин ($\chi=-0,46$), 150 мин ($\chi=-0,41$), 180 мин ($\chi=-0,42$). Выявлена достоверная отрицательная корреляция между активностью Фц DAPY и активностью К6 через 60 мин ($\chi=-0,50$), 120 мин ($\chi=-0,46$), 150 мин ($\chi=-0,63$), активностью К8 через 150 мин ($\chi=-0,60$), а также положительная корреляция с активностью К4 через 30 мин ($\chi=0,37$), 60 мин ($\chi=0,56$), 120 мин ($\chi=0,70$), 150 мин ($\chi=0,80$), 180 мин ($\chi=0,77$). Выявлена достоверная корреляция между активностью К4 и К8 (в разные временные промежутки $\chi=$ от -0,31 до –0,64), между активностью К4 и К6 (в разные временные промежутки $\chi=$ от -0,44 до –0,77).

Выводы: выявлено, что при раннем РА активность ПКГ Лф, оцениваемая по активности К8, К6 и Фц EtBr, не имеет достоверных различий с активностью ПКГ Лф доноров. При раннем РА достоверно выше активность К4, что связано с воспалительным характером заболевания, и достоверно чаще встречаются 1-нитевые разрывы ДНК, не характерные для ПКГ. Выявлена достоверная отрицательная связь между активностью К4, отражающей активность воспаления, и активностью К8, К6 и Фц EtBr, характеризующих активность ПКГ Лф, достоверная положительная связь между активностью К4 и Фц DAPY и достоверная положительная связь между критериями активности ПКГ (активностью К8, К6 и Фц EtBr).

Варгина В.Н., Заводовский Б.В., Деревянко Л.И., Рвачев А.В., Зборовская И.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИЯ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛОМ

Государственное учреждение НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоград, Россия

Системная красная волчанка (СКВ) относится к ревматическим заболеваниям для которых характерно развитие вторичного остеопороза (ОП). При СКВ остеопенический синдром является достаточно частой клинической проблемой в силу влияния совокупности факторов на состояние костной ткани. Непосредственную роль в развитии ОП при СКВ играют наличие хронического иммуновоспалительного процесса, снижение функции яичников у женщин и гипогонадизм у мужчин, поражение почек, приводящее к нарушению 1 альфа-гидроксилирования витамина Д, развитие вторичного гиперпаратиреоза, ограничение подвижности и инсоляции пациентов, а также раннее и длительное применение иммуносупрессивных препаратов негативно влияющих на процессы костного обмена. Наличие ОП значительно ухудшает качество жизни пациентов уже и так страдающих серьёзным недугом. Все это диктует необходимость ранней диагностики, профилактики и лечения ОП у этих больных.

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

Нами было обследовано 65 больных СКВ (57 женщин и 8 мужчин). Диагноз СКВ устанавливался на основании критериев Американской Ассоциации Ревматологов. Возраст больных составил от 16 до 64 лет. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). Концентрация остеокальцина в сыворотке крови и концентрация дезоксипиридинолина в моче в пересчете на креатинин мочи (cross laps) опредилялись с помощью иммуноферментного метода с использованием наборов фирмы «ОСТЕОМЕТЕР» (Дании). Лекарственный препарат Альфа-Д3-ТЕВА назначался в дозе 0.5-1,0 мкг в сутки на фоне диеты богатой кальцием в течение 6 месяцев. Альфа-Д3 Тева принимали 13 больных с ОП, которые составили опытную группу. 11 больных с ОП, которые по различным причинам не могли получать альфакальцидол составили контрольную группу.

В результате исследования у 24 (37%) обследованных был диагностирован остеопенический синдром различной степени выраженности, сопровождающийся жалобами на боли в костях и патологическими переломами костей в анамнезе (перелом шейки бедра- 1 случай, перелом предплечья- 2 случая, компрессионный перелом позвоночника- 1 случай). Концентрация остеокальцина у большинства больных СКВ с ОП была значительно выше нормы. Уровень cross laps в моче у этих больных был, также, выше нормы. Анализ биохимических маркеров костного метаболизма показывает, что у большей части обследованных больных СКВ ОП сопровождается высоким уровнем костного обмена.

На фоне лечения ОП Альфа-Д3 Тева в контрольной группе отмечались увеличение МПКТ, нормализация биохимических маркеров костного метаболизма. В течение первых 3-х месяцев приема Альфа-Д3 Тева субъективно больные ощущали уменьшение болей в костях, улучшение подвижности в суставах, повышение мышечной силы. В контрольной группе отмечались достоверное снижение показателей МПКТ, показатели биохимических маркеров костного метаболизма свидетельствовали о постепенном дальнейшем прогрессировании ОП.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о клинической эффективности альфакальцидола (Альфа-Д3 Тева) и позволяют рекомендовать его для лечения вторичного ОП у больных СКВ.

Гонтарь И.П., Александров А.В., Язид Аль Раави, Зборовская И.А., Шилова Л.Н., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Емельянов Н.И., Зотина М.В.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН;
Волгоградская медицинская академия, Волгоград, Россия

Цель: изучение влияния антителообразования к ферментам антиоксидантной системы организма – каталазе (КАТ), церулоплазмину (ЦП), супероксиддисмутазе (СОД) и глутатионредуктазе (ГР) как фактора ослабления антирадикальной защиты у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. В сыворотках крови 30 здоровых лиц и 38 пациентов с ССД (25 женщин и 13 мужчин в возрасте от 21 до 63 лет) определяли ферментативную активность (ФА) КАТ, ЦП, СОД и ГР стандартными биохимическими методами, а также уровень антител (АТ) к ним в модификации иммунофлюоресцентного метода с использованием иммобилизированных магнитоуправляемых сорбентов (МС). МС представляли собой гранулы полиакриламидного геля сферической формы размером 10-100 μм, содержащие соответствующий антиген. Иммобилизацию проводили методом эмульсионной полимеризации (И.П.Гонтарь и соавторы, 1990 г.) в потоке газообразного азота с включением магнитного материала в структуру полиакриламидного геля.

Результаты. Предварительно была установлена средняя концентрация специфических АТ в донорских сыворотках (АТ к ЦП – 4,36±0,55; АТ к КАТ – 6,72±0,32; АТ к СОД – 7,23±0,27; АТ к ГР – 7,81±0,37).

При поступлении на стационарное лечение у больных ССД с активностью (АКТ) I (13 человек) содержание АТ к ЦП и КАТ превышало показатели доноров ($p<0,001$), различия в содержании АТ к СОД и ГР были статистически не достоверны ($p>0,05$). Повышенный уровень АТ к ЦП определялся у 65,8% больных ССД, АТ к КАТ – у 75,1%, АТ к СОД – у 52,6%, АТ к ГР – у 36,8%. В данной группе больных отмечалось повышение ФА СОД, ГР в плазме ($p<0,05$) и снижение ФА КАТ ($p<0,05$) и ЦП ($p<0,02$). У больных ССД с АКТ II

(25 человек) по сравнению с АКТ I было выявлено достоверное увеличение АТ к ЦП (p<0,01) и наметилась тенденция к увеличению АТ к КАТ и СОД (p>0,05), содержание АТ к ГР оставалось практически неизменным (p>0,1). С повышением активности патологического процесса отмечалось увеличение ФА СОД и снижение ФА КАТ и ЦП (p<0,05).

У больных ССД с хроническим течением (27 человек) отмечено повышение изучаемых показателей (кроме АТ к СОД и ГР), по сравнению с донорами. Наиболее высокий процент повышенных значений специфических антител в данной группе больных ССД наблюдался при определении АТ к ЦП – 70,3% (19 человек). У больных ССД с подострым течением заболевания (11 человек) уровень специфических АТ значительно превосходил показатели доноров (p<0,001) и больных с хроническим вариантом течения ССД (p<0,05). При подостром течении патологического процесса, по сравнению с хроническим, отмечено повышение ФА ГР (p>0,05) и СОД в плазме (p<0,05), а также значительное снижение ФА КАТ и ЦП (p<0,001). Следует отметить, что использование МС позволило увеличить чувствительность иммунофлюоресцентного анализа в 1,5 – 2 раза и с большей частотой выявлять АТ к исследуемым антигенам на ранних стадиях развития ССД.

Заключение. Таким образом, определение антител к ЦП, КАТ, СОД и ГР у больных ССД с помощью МС обладает определенной диагностической информативностью и может быть использовано как дополнительный метод иммунодиагностики системной склеродермии. Выявленные изменения в ферментативном звене антиоксидантной системы у больных ССД могут свидетельствовать об определенном ингибирующем влиянии специфических антител на активность энзимов.

РАБОТА ВЫПОЛНЕНА ПРИ ПОДДЕРЖКЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ФОНДА СОДЕЙСТВИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.

Гордеева И.Е., Рыбак В.А.

СИНДРОМ ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ И ЕГО ТЕРАПИЯ

Волгоградская медицинская Академия, Волгоград, Россия

Цель: улучшить результаты лечения данной группы больных, предварительно изучив роль синдрома грушевидной мышцы в симптомообразовании.

Методы: клинико-неврологический, визуально-аналоговая шкала. Их динамика под влиянием предложенного лидокаиново-дексаметазонового теста.

Результаты: обследовано 50 амбулаторных больных (31 мужчина и 19 женщин в возрасте от 25 до 52 лет), страдающих остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, осложненного радикулярным синдромом. У 19 из них (38,0%) был выявлен синдром грушевидной мышцы, возникавший в среднем на 7,5±2,7 сутки с момента начала обострения на фоне относительного снижения вертеброгенного болевого синдрома. При обследовании у 16 больных (84,2%) была выявлена пальпаторная болезненность

верхневнутренней части большого вертела, у 15 человек (78,9%) – нижней части крестцово-подвздошного сочленения – как мест крепления грушевидной мышцы. Все больные отмечали сильную болезненность при пальпации точки выхода седалищного нерва из-под грушевидной мышцы на ягодице, затруднение пассивного приведения бедра с ротацией его внутрь. Следовательно, данные симптомы необходимо целенаправленно исследовать у пациентов с радикулопатиями для своевременной диагностики данного синдрома. У всех больных был положителен лидокаиново-дексаметазоновый тест, предложенный нами для лечебно-диагностической блокады грушевидной мышцы. После инъекции 4-6 мл 2%-ного лидокаина с 1 мл дексаметазона в область грушевидной мышцы на ягодице все больные отмечали значительное ослабление или прекращение болей на несколько часов. Кроме того, 6 человек на фоне терапии НПВС, лидокаиново-дексаметазоновых блокад получали мидокалм по 50 мг 3 р/день, 6 больных – клоназепам 1-2 мг/ на ночь. Остальные 7 человек получали вместо миорелаксантов ПИРМ грушевидной мышцы. Больные, получавшие клоназепам, отметили его эффективность уже на следующий день в виде значительного увеличения безболевого периода после блокады, и были выписаны к труду в среднем на 18±4,1 сут. Пациенты, получавшие мидокалм отмечали улучшение несколько позднее в среднем через 5-6 дней от начала приема, и были выписаны на 24±5,3 день лечения. Часть больных, получавших постизометрическую релаксацию мышц (ПИРМ) (4 чел.), отмечали парадоксальный эффект – усиление болевого синдрома и ухудшение самочувствия, что может быть связано с сильным болевым компонентом в момент проведения ПИРМ, который мог рефлекторно провоцировать дополнительный спазм грушевидной мышцы. Больные этой группы были выписаны к труду в среднем на 26±6,3 сут. В целом, отмечалось снижение показателей визуально-аналоговой шкалы на 82,7% от исходного уровня.

Обсуждение: болевой синдром при спондилогенном поражении корешков спинномозговых нервов может вызвать рефлекторный спазм грушевидной мышцы и развитие туннельной нейропатии седалищного нерва (Л4-С3) при его ущемлении между плотной крестцово-остистой связкой и самой грушевидной мышцей. Таким образом, важно своевременно диагносцировать присоединение к компрессионному болевому синдрому вторично рефлекторных нарушений, которые в дальнейшем могут играть долженствующую роль в поддержании болей и нетрудоспособности пациентов.

Выводы: проведенные исследования свидетельствуют о значительной распространенности синдрома грушевидной мышцы у больных вертеброгенной патологией пояснично-крестцового отдела позвоночника (38,0%). Предложенный лидокаиново-дексаметазоновый тест может выполнять как диагностическую, так и лечебную функцию, и показал свою эффективность в 100,0% случаев. Высокую эффективность в качестве миорелаксирующего препарата показал клоназепам, несмотря на то, что использовался только 1 р/сут.

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

ТИПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ И ЛЕЖАЩАЯ В ИХ ОСНОВЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Целью работы было изучение взаимосвязи механизмов психологической защиты и типов реагирования на болезнь у больных с СКВ. У 87 пациентов, среди которых подавляющее большинство составили женщины (82,8%) и возраст которых колебался от 16 до 70 лет (средний возраст составил 35,33±1,77 года) с помощью психодиагностических метиодик «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. с соавт., 1987) и «ИЖС» (Клубова Е.Б., 1995; R.Plutchik, H.Kellerman et al., 1979) определялись типы реагирования на болезнь и напряженность спеткра механизмов психологических защит.

Выявленные взаимосвязи между определенными типами отношения к болезни и напряженностью ПЗ разворачивают следующие варианты реакции личности на болезнь. При этом эргопатический тип отношения к болезни в наибольшей степени оказался сопряженным с использованием защитного механизма «Реактивные образования» (Кс=0,23; $p<0,05$). Видимо, именно отрицание болезни, выражающееся в своеобразном «уходе от болезни в работу», для которого характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, является гиперкомпенсаторным психологическим образованием. Формирование гармонического типа реагирования на болезнь связано с доминированием «Интеллектуализации» (Кс=0,34; $p<0,05$) и «Вытеснения» (Кс=0,27; $p<0,05$). Такие больные лишены правильной ориентации в фактической ситуации и руководствуются «желаемым мышлением», т.е. принимают за действительность только то, что находится в согласии с их желаниями. При анализе сопряженности анозогнозического типа реагирования на болезнь и механизмов ПЗ отмечается прямая связь с «Отрицанием» (Кс=0,25; $p<0,05$) и «Регрессией» (Кс=0,18; $p<0,05$). В частности, анозогнозия рассматривается как неадекватная личностная реакция на болезнь, эйфорическое отношение к болезни, что является искажением, прежде всего, эмоционального уровня внутренней картины болезни, которая проявляется невниманием больных к своему состоянию, отрицанием тяжести заболевания. Последнее является сущностью защитного «Отрицания», а также регрессивного поведения. Ипохондрического тип личностного реагирования на заболевание сопряжен с действием защитных механизмов «Отрицания» (Кс=0,39; $p<0,05$) и «Замещения» (Кс=0,25; $p<0,05$). Потребность достижений у этих пациентов фрустрирована вследствие отсутствия необходимых сил, способностей и возможностей для осуществления жизненных целей. Вследствие скрытых негативных эмоциональных переживаний больного, нарастания клинических проявлений СКВ формируется ипохондрическая фиксация на субъективные болезненные и иные неприятные ощущения. Обращает на себя внимание, что между развитием сенситивного типа реагирования и доминирующим использованием механизмов ПЗ «Проекция» (Кс=0,32) и «Компенсация» (Кс=0,25) имеется определенная достоверно значимая прямая

связь. Полученные результаты позволяют считать, что чрезмерная озабоченность больных о возможном неблагоприятном впечатлении, которое может произвести на окружающих сведения об имеющемся у них заболевании, является проекцией собственных установок пациентов на других.

Такими представляются механизмы, ослабляющие внутриличностные конфликты и вызываемые заболеванием вторичные функциональные наслоения, и специфические варианты личностно-средового взаимодействия, проявляющиеся, в частности, во внутренней картине болезни.

Грехов Р.А., Харченко С.А., Новикова О.В., Кедрова В.Л., Зборовский А.Б.

ЛОКУС КОНТРОЛЬ – КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Регулирующее влияние на некоторые аспекты поведения больных оказывает одна из характеристик системы отношений личности – «локус-контроль», который способен трансформировать отдельные звенья механизмов восприятия и переработки проблемных жизненных ситуаций, в связи с тем, что формирование определенных форм поведения напрямую связано с отношением человека к влиянию своей деятельности на прошедшие, текущие и последующие события.

Целью исследования было изучение уровня субъективного контроля и его взаимосвязей с другими клинико-психологическими характеристиками у 87 больных СКВ с помощью опросника «УСК» (Бажин Е.Ф. с соавт., 1987) и применением статистического анализа данных клинико-психологических исследований.

Больные СКВ обнаруживают выраженную тенденцию к экстернальности в общей сфере, а также в сферах неудач (3,63±0,34), производственных отношений (3,42±0,21), межличностного взаимодействия и особенно в отношении к здоровью (3,31±0,32). При попарном сравнении групп больных СКВ (мужчины и женщины; степень активности заболевания – I, II и III) удалось установить следующие достоверные различия между характеристиками локуса контроля: мужчины более интернальны ($p<0,05$) в производственной сфере, чем женщины. Кроме того, наблюдалось достоверное смещение локуса контроля в экстернальную сторону в отношении здоровья при повышении степени активности заболевания.

При анализе показателей интернальности в микрогруппах больных СКВ с высоким уровнем невротизации отмечено, что по мере повышения уровня депрессии снижаются показатели общей интернальности Io (2,42±0,24 при $p<0,05$), интернальности в отношении достижений Id (3,53±0,23 при $p<0,05$) и интернальности в области межличностных отношений Im (3,36±0,26 при $p< 0,05$). Также при высоком уровне тревоги наблюдаются более низкие показатели Im (3,87±0,27 при $p<0,05$). Вместе с тем, проведенный корреляционный анализ показателей депрессии, тревожности и ло-

куса контроля показал, что между этими показателями существует умеренная обратная корреляционная связь.

В группе больных СКВ с эргопатическим типом реагирования на заболевание (27 человек) выявлено достоверное увеличение показателей интернальности в производственных отношениях Ip (4,38 при p<0,05). В связи с чем, можно предположить, что интернальность в отношении работы может составлять основу одного из возможных механизмов личностного реагирования по типу «ухода в работу». Кроме того, формирование эргопатического типа отношения к болезни сопряжено с повышенными значениями Ip (Кс=0,23) и сниженным Im (Кс=0,2). Отмечаемая экстернальная тенденция в сфере межличностных отношений может также инициировать стратегии «ухода в работу».

Объяснением этому могут служить данные о значительной распространенности у больных конфликтов и кризисных отношений с ближайшим микросоциальным окружением («контакты узкого круга»). Это влечет за собой необходимость достижения компенсации за счет удовлетворения потребности в позитивных межличностных отношениях в других микрогруппах, в частности на производстве.

Выявленная деформация мотивационной сферы личности усугубляет клиническую симптоматику заболевания, препятствует осуществлению терапевтических мероприятий, являясь, само по себе, целью психотерапевтического воздействия.

Грошев Ю.В., Поцелуйко С.В., Круглов М.И., Волченко Д.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Волгоградская медицинская академия, Волгоград, Россия

ЦЕЛЬ. Внедрить в практику диагностики и лечения множественных повреждений конечностей критерии гуморального иммунитета для прогнозирования и выбоа оптимальной тактики хирургического лечения травм.

Материалы и методы. В сыворотке крови больных с множественными повреждениями опорно-двигательного аппарата в динамике методом иммуноферментного анализа определяли уровень антител к поврежденным мышечным белкам (одновременно к тропомиозину и актину). Одновременное увеличение уровня антител от 0,1 до0,6 в течение первых двух недель, а затем снижение уровня антител к 20 дню после травмы соответствует благоприятному течению посттравматического периода, при осложненном течении политравмы реакций гуморального иммунитета не наблюдалось.

Результаты. Способ прогнозирования течения посттравматического периода тяжелых травм используется нами с 1999 года (патент №33/544 от 23.03.1995) и успешно применен у 162 пациентов для прогнозирования и выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

Выводы.

1. Способ прогнозирования течения посттравматического периода политравмы опорно-двигательного аппарата успешно использо-

ван в практике лечения 162 пациентов и позволил выбрать оптимальную тактику лечения политравм.

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

Губкин С.В., Полянская А.В.

ИЗМЕНЕНИЯ В СПЕКТРЕ ЛИПИДОВ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПРОЦЕССЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Учитывая зависимость таких важных мембранных функций, как транспорт и активность мембраносвязанных ферментов от состава и состояния липидов, появление отдельных структурнолабильных зон в мембранах в процессе проведения плазмафереза, изучение фракций липидов представляется весьма актуальной. Получаемая при этом информация может стать одним из решающих аргументов при рассмотрении вопроса о целесообразности увеличения числа сеансов при общепринятой схеме лечения.

Материалы и методы. Исследовано 17 пациентов с достоверным ревматоидным артритом (РА) в процессе 3-х сеансов плазмафереза с интервалом в 3-5 дней. Уровни липидов изучались в 3-х средах (сыворотка, слюна и моча). Холестерин в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом на установке "Labsystem 800" (Финляндия). Разделение фосфолипидов проводили методом восходящей тонкослойной хроматографии на силикагеле в смеси хлороформ/ метанол/ уксусная кислота/ вода - 50/ 30/ 8/ 4. Исследовали количество 4-х идентифицированных фракций фосфолипидов: лизофосфатидилхолин (ЛФХ), сфингомиелин (СФМ), фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилэтаноламин (ФЭА), общие фосфолипиды (ОФЛ), неэстерифицированные жирные кислоты (НЭЖК), триглицериды (ТГ), холин (Х), эстерифицированный холестерин (ЭХ), общий холестерин (ОХ), общие липиды (ОЛ). Содержание фосфолипидов расчитывали по неорганическому фосфору и выражали в ммоль Р/л плазмы.

Полученные результаты. В сыворотке крови практически все липидные фракции имеют тенденцию к уменьшению в процессе плазмафереза, наиболее достоверно это прослеживается при пересчёте на обшие липиды для ТГ, ОФЛ, ЭХ, ОХ, ФХ, СФМ. Мало изменяются уровни НЭЖК, ЛФХ, ФЭА. По исходным данным регистрируется снижение ТГ, ОФЛ, ЭХ. Эффект первого (0-1) сеанса прослеживается для ТГ,Х, НЭЖК, ЛФХ, в меньшей степени - ФЭА. Отсроченный эффект (0-3) проявляется для СФМ, ФЭА, ОФЛ. В слюне обнаружено наиболее достоверное ($p<0,001$) увеличение экскреции триглицеридов. Присутствует эффект первого сеанса плазмафереза, когда экскреция компонента максимальна. Это может служить неинвазивным маркером успешной гравитационной очистки крови наряду с клиническими и лабораторными показателями.

В моче также присутствует эффект первого сеанса плазмафереза. В дальнейшем организм адаптируется на экстракорпоральное воздействие, при

этом графики основных липидных комплексов возвращаются к исходным значениям. Однако в моче, в отличие от изменений в слюне и сыворотке крови, изменения менее достоверны. В основном они касаются уровня НЭЖК, ТГ, СФМ. При пересчёте исходных данных на ОЛ – лидируют по экскреции НЭЖК, ТГ, ОХ.

Заключение. Таким образом, в процессе первого сеанса плазмафереза происходят наибольшие изменения в спектре липидов. В большей степени меняются концентрации ТГ, НЭЖК, ЛФХ, близкие по направленности изменения касаются ФЭА и Х. Вцелом, для организма характерен стрессовый характер ответа на первую процедуру плазмафереза. В дальнейшем происходит возвращение уровня липидов к исходным значениям. Направление изменений в уровне ТГ (слюны) – увеличение их количества от первого сеанса к третьему, доступность для исследования слюны может служить дополнительным критерием экспресс оценки эффективности плазмафереза и прогнозирования необходимого числа процедур.

Давидян В.С., Зборовский А.Б., Родин А.Ю., Мартемьянов В.Ф., Абрамов Н.Б.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ (ПсА) С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНЫХ СУСТАВОВ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; кафедра дерматовереологии ВМА; Волгоград, Россия

Под наблюдением в амбулаторных и стационарных условиях находилось 29 больных с дистальной формой ПсА, из которых 13 (44,8%) мужчин и 16 (55,2%) женщин. Средний возраст мужчин 42,6±3,35 лет, женщин – 47,4±3,02 лет. Средний возраст больных всей группы – 45,2±2,25 лет.

Средняя продолжительность псориатической болезни: мужчины – 15,6±1,09 лет, женщины – 14,9±1,56 лет, всей группы – 15,2±0,98 лет. Средний возраст начала псориаза у больных всей группы – 30,0 ± 2,15 лет, у мужчин – 27,0±2,9 лет, у женщин – 32,4±3,06 лет.

У всех больных кожные поражения предшествовали появлению артрита. Причем через 1-5 лет псориаза ни у одного больного не было проявлений артрита, через 6-10 лет ПсА развился у 12(41,4%) больных, через 11-15 лет – у 17(58,6%) больных. Длительность ПсА до 1 года наблюдалась у 4(13,8%) больных, 2-3 года – у 14(48,3%) , 4-5 лет – у 5(17,2%), 6-8 лет – у 4(13,8%) и свыше 8 лет – у 2(6,9%) больных. Средняя длительность ПсА – 3,76 0,48 лет. Полиартрит наблюдался у 25(86,2%), олигоартрит – у 4(13,8%) больных.

Из кожных поражений псориаза преобладал вульгарный псориаз, Распространенная форма (более 40% кожи) – у 16(55,2%) больных, вульгарный псориаз, ограниченная форма – у 6 (20,7%) и пустулезно-бляшечная распространенная форма - у 7 (24,1%) больных.

У 11 (37,9%) больных наблюдалась прогрессирующая стадия псориаза, у 14 (48,3%) – стационарная и у 4 (13,8%) больных – непрерывно-рецидивирующая (стационарно-прогрессирующая) стадия псориаза.

Первая степень активности патологического процесса ПсА отмечена у 16 (55,2%), вторая степень – у 10 (34,5%) и третья степень - у 3 (10,3%) больных. По данным ренгенологического исследования 1-я стадия поражения суставов определялась у 5 (17,2%), 2-я стадия – у 3 (10,3%), 3-я стадия - у 5 (17,2%) и 4-я стадия – у 3 (10,3%) больных. У 3 (10,3%) больных функции суставов были сохранены, у 11 (37,9%) больных отмечалась функциональная недостаточнось суставов 1 степени (ФНС-1) и 15 (51,7%) – ФНС –2.

При ограниченной и распространенной форме вульгарного псориаза чаще наблюдалась 1-степень активности ПсА (66,7% и 68,8%, соответственно), а при пустулезно-бляшечной форме 1 степень определялась только в 14,3%, а 2-3 степени активности в 85,7% случаев.

Наиболее характерными жалобами больных ПсА являлись утренняя скованность и боли в суставах (100%), боли в дистальных суставах кистей (31%), пяточных областях (37,9%). Визуальная диформация суставов наблюдалась в 72,4%, сосискообразные пальцы кистей, стоп – в 44,8%, гиперемия и синюшно-богровая окраска кожи над пораженными суставами – в 51,7%, псориатрические высыпания на коже – 100%, поражение ногтей – в 51,7% случаев. Висцеральные поражения наблюдались в 55,2%, из которых поражения сердечно-сосудистой системы – в 27,6%, мочевыделительной – в 24,1%, желудочно-кишечного тракта – в 51,7%, печени – в 44,8%, глаз и слизистых рта – в 20,7%, лимфаденопатия - в 51,7% случаев. Таким образом, проведенные исследования при дистальной форме ПсА выявили преобладание мужского контингента, вульгарной формы псориаза и синхронность кожных и суставных поражений.

Давлетшин Р.А., Сафина А.З., Давлетшина Г.К., Хасанов А.Х., Сайфуллина Э.Ф.

РОЛЬ ВИРУСОВ СЕМЕЙСТВА HERPESVIRIDAE ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Патогенетическая роль вирусов семейства Herpesviridae в ревматоидном воспалении обсуждается многими учеными.

В исследование включено 37 больных с достоверным ревматоидным артритом (РА) по критериям Американской ассоциации ревматологов. Среди обследованных были больные женского пола; активность I степени установлена у 5 больных, II степени – у 24 больных, III степени – у 8 больных. При сборе анамнеза уточнялась взаимосвязь в развитии РА и перенесенной вирусной или имеющейся хронической инфекцией. 12(32%) больных связывали начало заболевания с перенесенной вирусной инфекцией, у 2(5,4%) больных отмечалась рецидивирующая герпетическая инфекция.

Все пациенты были обследованы на вирусы семейства Herpesviridae, в частности на цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейна-Барра (ЭБ), вирус герпеса человека 6 типа (Г-6) методом иммуноферментного анализа (ИФА) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Ig G антитела к вирусу ЭБ (33 больных, 89,2%) и к ЦМВ (36 больных, 97,3%) выявлялись часто. В то время как, Ig M антитела к аналогичным

вирусам были обнаружены реже (соответственно 1 (2,7%) и 2 (5,4%). Одинаково часто обнаружены антитела к вирусам Г-6, в частности, Ig G антитела – у 34 больных (92%), в то время как Ig M выявлены редко (2 случая (5,4%)). В 33 случаях была выявлена ассоциация Ig G антител к вирусам ЦМВ, ЭБ и Г-6.

Оптическая плотность IgG антител к ЦМВ, вирусу ЭБ и вирусу Г-6 была достоверно ($p<0,05$) выше у больных с высокой степенью активности по сравнению с минимальной и умеренной активностью РА.

Среди 37 обследуемых нами больных методом ПЦР у 9 (24,3%) больных выявлены специфические фрагменты ДНК ЦМВ, у 2 (5,4%) больных специфические фрагменты ДНК к вирусу ЭБ, у 2 (5,4%) больных специфические фрагменты ДНК к вирусу Г-6.

Среди больных с наличием герпесвирусов, суставной синдром характеризовался торпидностью к лечению нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВС), более выраженными костно-деструктивными изменениями в суставах. Анемия, более высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов наблюдался у всех больных с герпетической инфекцией.

5 больным с герпетической инфекцией была проведена противовирусная терапия циклофероном 12,5% по 2мл через день 5 инъекций, затем 5 инъекций через каждые 2 дня. На фоне проводимой терапии наблюдалось снижение активности РА и более повышенная положительная ответная реакция на НПВП.

При высокой и умеренной активности ревматоидного процесса показано включение в комплексную терапию РА противовирусных препаратов.

Дворянкин А.М., Сычев О.А., Никитин М.В., Гонтарь И.П.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Волгоградский Государственный Технический Университет,
ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
Волгоград, Россия

Цель исследования: определение возможности применения новых информационных технологий и средств автоматизации в ревматологии, как при диагностике ревматических заболеваний в клинических условиях, так и для научной работы.

Ревматологическая диагностика предъявляет большие требования к используемым при ее автоматизации методам представления знаний и алгоритмам вывода ввиду клинического полиморфизма многих ревматических заболеваний, схожести клинической картины на ранней стадии, а также значительной протяженности во времени процессов диагностики и подтверждения диагноза. В ходе работы была проанализирована возможность использования следующих систем хранения знаний: силлогистика, алгебра множеств, исчисление предикатов, семантические сети и нейросети. В качестве критериев использовались такие параметры, как простота алгоритмов вывода

(прямо связанная со скоростью обработки больших массивов данных), возможность индуктивного и дедуктивного вывода на одной модели, эффективность отображения текущих ревматологических знаний моделью и простота углубления базы знаний.

Ни одна из рассмотренных моделей не смогла удовлетворить всем необходимым критериям. Однако в ходе выполнения работы на основе требований предметной области и анализа слабых мест существующих моделей удалось создать новую модель представления знаний – исчисление отношений, базирующуюся на теории решеток, которая позволяет удовлетворить всем необходимым условиям. При разработке конкретных языков описания знаний были также учтены особенности правил ревматологической диагностики, затрудняющие описание их с помощью стандартных средств функций алгебры логики (например правила типа «наличие не менее чем m из n», а также правила дифференциальной диагностики), для задания которых были предусмотрены специальные системные функции. Уникальным свойством разработанной модели является возможность ведения на единой базе данных как дедуктивного, так и индуктивного вывода, что позволяет автоматически использовать истории болезней, собранные в процессе клинической диагностики, для статистической обработки и научных исследований, избавляя научных работников от рутинных операций по сбору и обработке исходных данных, а результаты исследований, проведенных с помощью данной системы, легко внедряются во врачебную практику на ее основе. Автоматизация сбора данных позволяет также в некоторых случаях значительно увеличить объемы исследуемых выборок, повышая достоверность результатов научных исследований.

Выводы. Таким образом, в ходе работы были обнаружены значительные трудности в автоматизации труда медицинских и научных работников в области ревматологии традиционными методами. Вместе с тем, эти трудности могут быть преодолены с помощью разработанного авторами исчисления отношений. На его основе может быть создана комплексная экспертная система, которая может играть роль системы поддержки принятия решений в клинической диагностике, параллельно накапливая материал для научного анализа. Единая организация базы знаний для подсистем диагностики и анализа дает возможность организовать простое взаимодействие между ними, позволяя значительно увеличить степень интеграции научных и медицинских учреждений.

Демин Е.П., Жанкин А.А., Жданов В.В., Шакимова Б.Ш.

ЭВОЛЮЦИЯ КАРДИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Казахский Национальный медицинский университет,
Алматы, Казахстан

Повреждение сердца при системной красной волчанке (СКВ) и системной склеродермии (ССД) отличается полиморфизмом, затруднениями в своевременной диагностике из-за нередко скрытого неманифестного

течения, отражается не только на гемодинамике, но и на всех органах и системах, оказывает негативное влияние на прогноз заболевания.

За четырехлетний период наблюдения 82 пациентов с СКВ и ССД отмечена определенная динамика структурно- функциональных изменений сердца. Диагностику и контроль в процессе терапии осуществляли с учетом клинических проявлений сердечной патологии по результатам инструментальных исследований – эхокардиографии, ЭКГ, ФКГ, флюорографии.

Регресс ряда клинических параметров (уменьшение одышки, сердцебиения, кардиалгии, отеков), сопровождавшийся улучшением автоматизма, реполяризации, амплитуды тонов, сократительной способности миокарда, некоторых экокардиграфических кинетико-структурных показателей, был достигнут благодаря длительной комплексной медикаментозной коррекции. Применяли избирательную комбинацию базисной - иммунодепрессивной и противовоспалительной терапии с препаратами, улучшающими метаболизм кардиомиоцитов (рибоксин, аевит, оротат калия, поливитамины, цитохром), тканевую микроциркуляцию (трентал, курантил, нифедипин, каптоприл) и реологические свойства крови (гепарин). Использование сердечных гликозидов и мочегонных было лишь эпизодическим и оправданным при выраженной недостаточности кровообращения.

В результате лечения полностью исчезли признаки перикардита (32 % больных СКВ и 6% - ССД), существенно сократилось число лиц с миокардитом (от 35 % до 18 % при СКВ и от 28 % до 10 % при ССД), с проявлениями вальвулита (от 35 % до 27 % при СКВ и от 18 % до 12% при ССД), хотя сохранились признаки митральной недостаточности (18 % с СКВ, 5 % с ССД), аортальной недостаточности (4 % – СКВ, 3 % - ССД), ДМПП 96 % - ССД), аортита (9 % - СКВ, 8 % - ССД), пролапса митрального клапана (23 % при СКВ, 18 % при ССД), миокардио-склероза (27 % при ССД).

Недооценка кардиальных изменений при СКВ и ССД может привести к тяжелым необратимым повреждениям сердца. Проведенный динамический контроль с помощью клинико-функциональных неинвазивных исследований подтвердил целесообразность предпринятой комбинированной терапии и возможность осуществлять своевременную коррекцию поражений сердца у больных СКВ и ССД.

Дзяк Г.В., Симонова Т.А., Гетман М.Г.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Днепропетровская государственная медицинская академия,
Днепропетровск, Украина

Цель исследования: изучение динамики клинико-иммунологических показателей у больных ревматоидным артритом (РА) на этапах лечения стационар-поликлиника-санаторий.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 164 больных суставной формой РА, среди которых женщин – 116, мужчин - 48, II степень активности зарегистрирована у 119 больных, III - у 45. Рентгенологическая стадия соответствовала II – III, нарушение функции суставов – I – II

степени. Средний возраст больных – 52,2 ± 9,1, длительность заболевания - 8,1 ± 1,3 года.

В качестве критериев эффективности лечения использовались: длительность утренней скованности в минутах, число воспаленных суставов, число болезненных суставов, опросник оценки состояния здоровья (HAQ), визуальная аналоговая 100 мм шкала, показатели гуморального и клеточного иммунитета.

На этапе лечения в стационаре больные получали болезнь-модифицирующие антиревматические препараты (тауредон, метотрексат, сульфосалазин, салазопирин-EN, делагил) и симптоммодифицирующие антиревматические препараты (мовалис, месулид, нимесил, диклофенак натрия, вольтарен, индометацин) в сочетании с методами локальной терапии.

После снижения активности больные наблюдались на поликлиническом этапе лечения, 104 пациента были направлены на лечение в физиотерапевтическую больницу «Соленый лиман» Днепропетровской области, где больным проводились грязевые аппликации (илово-сульфидная грязь) с t°-38-40°С, экспозиция 15-20 минут.

Контрольную группу составили 60 пациентов, которые не лечились в условиях санатория.

Полученные результаты. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика показателей функционального состояния опорно-двигательного аппарата: уменьшилось число воспаленных и болезненных суставов, снизились показатели визуальной аналоговой шкалы, значительно улучшились показатели HAQ. Зарегистрирована положительная динамика показателей иммунореактивности.

При проведении трехэтапного лечения у 52 пациентов зарегистрирована клиническая ремиссия, у 86 – значительное улучшение состояния.

Обсуждение и выводы. Сравнение результатов лечения с показателями контрольной группы позволяет сделать вывод о преимуществах трехэтапного лечения, которые заключаются в повышении эффективности лечения, наступлении более длительной ремиссии, замедлении прогрессирования ревматоидного процесса.

Дзяк Г.В., Сорочан В.В.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Днепропетровская государственная медицинская академия,
Днепропетровск, Украина

Системное использование глюкокортикостероидов (ГКС) относится к наиболее эффективному методу лечения больных ревматоидным артритом. Одним из тяжелых осложнений ГКС –терапии является вторичный остеопороз. Совместное действие ревматоидного воспаления и системной ГКС-терапии на костную ткань различными исследователями оценивается неоднозначно.

Цель исследования. Изучение структурно-функционального состояния костной ткани у больных ревматоидным артритом, продолжительно принимающих глюкокортикостероиды.

В исследование было включено 70 женщин в период менопаузы и постменопаузы в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст – 52,8 ± 4,6), страдающих ревматоидным артритом, активность – II, нарушение функции суставов – II-III, согласно диагностическим критериям АРА. Продолжительность заболевания в среднем составляла 8,4 ± 2,6 лет. Основную группу составляли 43 женщины, которые получали системную ГКС-терапию на протяжении 3-10 лет (в среднем 7,8 ± 2,4 года). Препаратом выбора был преднизолон в дозе 15-20 мг в сутки (средняя доза 17,5 ± 2,3 мг). В контрольную группу вошли 17 женщин с ревматоидным артритом, которые принимали лишь нестероидные противовоспалительные препараты. Структурно-функциональное состояние костной ткани оценивали методами двуфотонной рентгенологической абсорбциометрии (ДРА) большеберцовой кости и люмбального отдела позвоночника и ультразвуковой денситометрии (УЗД) пяточной кости обоих нижних конечностей. Остеопороз диагносцировали с учетом показателей минеральной плотности кости меньше 2,5 SD от нормальных величин, остеопению при отклонении минеральной плотности кости от 1 до 2,5 SD от нормальных величин (с помощью шкалы Т согласно рекомендациям ВООЗ). **Полученные результаты** приведены в таблице.

Таблица 1. Распространение изменений состояния костной ткани у больных РА

ГРУППА	Остеопороз (%)		Остеопения (%)		Норма (%)	
	ДРА	УЗД	ДРА	УЗД	ДРА	УЗД
Основная	76,7	71,3	23,3	26,4	0	2,3
Контрольная	35,3	35,3	58,8	52,9	5,9	11,7

Обсуждение и выводы. Таким образом, продолжительное применение пероральных ГКС у больных РА вызывает выраженое изменение структурно-функционального состояния костной ткани как центральной, так и периферической части скелета, то-есть, приводит к развитию генерализованного остеопороза. Приведенные выводы позволяют рекомендовать вышеуказанной категории больных прохождение двуфотонной рентгенологической абсорбциометрии или ультразвуковой денситометрии до назначения ГКС-терапии и один раз в полгода после ее начала с целью мониторинга состояния костной ткани и своевременного назначения необходимых лечебных мероприятий.

Дзяк Г.В., Степанов Ю.М.

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛЕБРЕКСА НА СОСТОЯНИЕ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА) И ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ (ДОА)

Днепропетровская государственная медицинская академия,
Днепропетровск, Украина

У больных РА и ДОА, которые длительно принимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), существует высокий риск возникновения НПВП-индуцированных гастропатий. В связи с этим сегодня широко внедряется применение селективных ингибиторов ЦОГ-2 – коксибов, что позволяет избежать осложнений со стороны гастродуоденальной зоны при сохранении эффективности лечения основного заболевания.

Цель: изучить клиническую переносимость целекоксиба (целебрекс, "Pfizer") и оценить влияние препарата на состояние кислотообразующей функции желудка у больных, которые его принимали.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 15 пациентов: 6 больных РА (5 женщин и 1 мужчина) и 9 пациентов с ДОА (5 женщин и 4 мужчины). Средняя длительность основного заболевания составила соответственно 7 и 4,8 годы, у 2 пациентов заболевание обнаружено впервые. Средний возраст пациентов составил 45,1 лет. К обследованию не привлекались лица с эрозивно-язвенными изменениями гастродуоденальный зоны. Кроме общеклинического обследования, всем больным проводили интрагастральную pH-метрию по методу В.Н.Чернобрового с определением минимального pH и функциональных интервалов (ФИ).

Целебрекс назначался в дозе 100-400 мг в сутки курсом 2 недели. Накануне в течение 72 часов отменялись другие НПВП.

Результаты: У 6 (40%) больных в анамнезе были жалобы при лечении неселективными НПВП: на боль в эпигастрии натощак жаловались 6 (40%) лиц, отрыжка воздухом наблюдалась у 5 (33,3%) и периодическая изжога у 1 больной (6,6%). Также, у 1 больной в анамнезе была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

По окончании лечения целебрексом ни у одного больного не было отмечено жалоб на появление боли в эпигастрии. Изжоги, отрыжка воздухом наблюдались у 3 больных (20%) и у одной больной появились жалобы на вздутие живота на 7-й день лечения, которые прошли самостоятельно. Переносимость препарата характеризовалась как "очень хорошая" у 11 пациентов (73,3%) и "хорошая" у 3 (20%). У 1 пациента наблюдалась аллергическая реакция по типу "крапивницы", в связи с чем он был исключен из исследования.

Анализ характера кислотности желудочного содержимого показал, что среднее значение минимальной pH у больных в начале лечения составило 2,36±0,3. Индивидуальные значения у большинства колебались в границах нормоацидности (преобладал ФИ III – у 57,1% обследованных) и умеренной гипоацидности (ФИ I-II – у 35,7%). У одной пациентки (7,2%) обнаружена умеренная гиперацидность (с преобладанием ФИ IV), которая может быть взаимосвязана с наличием в анамнезе язвы луковицы двенадцатиперстной

кишки. После лечения целебрексом среднее значение минимальной pH стало 2,26±0,2 (p>0,05), т.е. достоверно не отличалось от начального. Отсутствие отличий прослеживалось и по индивидуальным данным. У исследуемых при контрольной pH-метрии сохранялось преобладание исходного интервала pH, в том числе и в случае с гиперацидностью.

Таким образом, можно сделать **вывод,** что препарат целекоксиб имеет хорошую клиническую переносимость и не влияет на кислотообразующую функцию желудка, нарушения которой являются одним из ведущих факторов патогенеза НПВП-гастропатий. В связи с этим целебрекс может быть препаратом выбора для больных с поражениями опорно-двигательного аппарата, которые имеют язвенный анамнез или высокий риск возникновения лекарственных поражений гастродуоденальной зоны.

Докучаева Н.Н.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

ММУ Клиническая больница скорой медицинской помощи № 25,
Волгоград, Россия

Остеохондроз позвоночника (ОХП) – это дегенеративно-дистрофическое поражение хрящей межпозвоночных дисков, менискоидов, реактивные изменения со стороны смежных тел позвонков, собственно миолигаментарного аппарата позвоночника и его суставов.

Именно межпозвоночные диски находятся в тесной анатомо-функциональной связи со всеми структурами позвоночника, обеспечивая его подвижность, эластичность, упругость. Диск состоит из гиалиновых пластинок; пульпозного ядра, имеющего в своем составе хрящевые, соединительнотканные клетки и коллагеновые волокна; фиброзного кольца. В межклеточное вещество входят протеины, мукополисахариды, включая гиалуроновую кислоту. Фиброзное кольцо часто рассматривается как капсула сустава и связочный аппарат, и изменения в нем при дегенеративном поражении протекают как типичный артроз любого сустава.

В лечении ведущую роль отводят методам патогенетической терапии. Медикаментозное лечение ОХП направлено прежде всего на купирование болевого синдрома, уменьшение реактивного воспаления, нормализацию обменных процессов в тканях позвоночника. С этой целью назначают нестероидные противовоспалительные препараты, средства, улучшающие метаболизм хрящевой и костной ткани: хондропротекторы и биостимуляторы.

В нашей клинике в комплексной терапии ОХП используется оригинальный хондропротектор - Алфлутоп, состоящий из гликозаминогликанов, полипептидов, свободных аминокислот и микроэлементов.

Наблюдали 22 больных ОХП, которым в общепринятый комплекс терапии был включен Алфлутоп. Препарат вводился в виде паравертебральных блокад по схеме: через день по 1 мл с каждой стороны (2 раза), направленность введения к болевому сегменту, далее глубоко внутримышечно по 1 мл через день (16 введений). Контрольная группа, сопоставимая по полу и возрасту с

основной, находилась на стандартной патогенетической терапии без Алфлутопа.

Было отмечено, что на фоне использования Алфлутопа наблюдались более быстрые купирование болевого синдрома и регресс неврологической симптоматики, уменьшалась частота развития обострений патологического процесса.

Таким образом, учитывая механизм действия препарата (стимуляция биосинтеза гиалуроновой кислоты, ингибирование ферментов и антиоксидантная активность), его применение ведет к регрессу воспаления, активации репаративных процессов, что способствует уменьшению боли и стабилизации дегенеративного процесса в позвоночнике. Алфлутоп может быть рекомендован для включения в комплексную терапию у больных с остеохондрозом позвоночника. Введение препарата может быть произведено в любой период заболевания, но лучше с некоторой отсрочкой от пика обострения.

Помимо приведенной выше схемы введения препарата ранее хорошо зарекомендовал себя курс глубоких внутримышечных введений по 1 мл через день (всего – 20 инъекций). Эффект терапии (ремиссия) при применении препарата Алфлутоп сохраняется до 6-8 месяцев.

Дряженкова И.В.

ДИАГНОСТИКА НАДСЕГМЕНТАРНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Государственное учреждение здравоохранения области Больница № 5, Ярославль, Россия

Цель: выявить характер нарушений вегетативной нервной системы при ревматических заболеваниях (РЗ).

Материалы и методы: Обследовано 70 человек различными формами РЗ: системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), различными формами системных васкулитов (СВ) клиническими, функциональными, вегетологическими и электрофизиологическими методами.

Полученные результаты: По данным реоэнцефалографии (РЭГ) дисциркуляторный тип кровотока отмечался в 43.2% случаев при СКВ, в 68.3% при узелковом полиартериите (УП), в 15.6% - при неспецифическом аортоартериите (НАА), в 23%, - при других СВ; гипотонический - при СКВ - в 29.6%, при УП - в 31.7%, при НАА - в 84.47% и при других формах -в 23%; гипертонический : при СКВ – 27.2% , при УП, НАА и других формах СВ выявлен не был; дистонический вариант РЭГ имел место при СВ и встречался в 53.9%. Асимметрия кровотока выявилась в бассейнах средней мозговой и позвоночных артериях при НАА и УП. Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) проведено у 56 больных РЗ. Из них нормальные ЭЭГ 25%, нарушение фоновой биоэлектрической активности мозга - 75% случаев, у 73,2% - эти нарушения наблюдались в покое, у 1,8% - при функциональных про-бах. Заинтересованность глубоких мозговых структур в виде появления генерализованных билатерально-синхронных δ- и θ-волн, отражающих нарушение биоэлектрической активности лимбической системы, таламуса, гипоталамуса и ствола

мозга, зафиксирована в 30,4% наблюдений (у 7,14% больных - в покое, в 92.86% - при пробах). Вегетативная реактивность (ВР) больных РЗ характеризовалась преобладанием гиперсимпатикотонических вариантов по данным кардиоинтервалографии. Среди вариантов клиноортостатической пробы (КОП), проведенной 50 больным в 48% случаев наблюдалось нормотоническое вегетативное обеспечение деятельности, недостаточное – в 28% (асимпатикотонический вариант - 18%, симпатоастенический - 6% и гипердиастолический -4%). Избыточное вегетативное обеспечение деятельности в виде гиперсимпатикотонии зафиксировано в 24%.Такая тенденция наблюдалась при СКВ, НАА и СВ. УП характеризовалсяь отсутствием недостаточных вариантов КОП.

Обсуждение. Выводы: Таким образом, по данным РЭГ церебральная гемодинамика характеризуется повышением тонуса артерий мелкого и среднего калибра при СКВ и УП, снижением тонуса сосудов при НАА, неустойчивостью сосудистого тонуса при других формах СВ. В большинстве случаев отмечалось снижение тонуса вен в интракраниальном бассейне с затруднением венозного оттока. ЭЭГ-исследование в целом подтвердило клинические данные: у подавляющего большинства больных в покое выявлялись снижение амплитуды альфа-ритма, его дезорганизация и дизритмия, свидетельствующие о негрубых, но отчетливых изменениях биоэлектрической активности лимбико-ретикулярного комплекса. С максимальной частотой изменения ЭЭГ, отражающие патологию этих отделов мозга, наблюдались у больных УП, что согласуется с распространенностью гипоталамического синдрома в этой группе. ЭЭГ является довольно чувствительным, но не определяющим методом диагностики гипоталамической дисфункции при РЗ. Результаты функциональных вегетологических проб показали, что в целом при РЗ наблюдается патологическое вегетативное обеспечение деятельности с преобладанием недостаточных вариантов, отражающее быстрое истощение компенсаторных возможностей эрготропной системы. В то же время в сердечно-сосудистой системе у данной категории больных преобладает эрготропный тонус и гиперсимпатическая вегетативная реактивность, имеющая, очевидно, компенсаторный характер.

Жакенова М.К., Рузденова Н.Б., Сыдыкова К.А.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Кафедра внутренних болезней №1 КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Реактивные артриты (РеА) на сегодняшний день являются наиболее частой формой болезни суставов у молодых лиц сексуально активного возраста. Суставной синдром при РеА рассматривается как вторичное реактивное проявление локального воспалительного процесса в носоглотке, мочеполовых органах и желудочно-кишечном тракте. Длительная персистенция микроорганизмов у больного приводит к развитию затяжных форм РеА с частыми рецидивами приводящими к длительной нетрудоспособности, инвалидизации, а также к бесплодию.

Нами осуществлена оценка эффективности сочетанной терапии больных РеА: антибактериальных средств с препаратом системной энзимотерапии - вобэнзим.

Обследованы 2 группы больных с реактивным артритом (РеА) от 15 до 20 лет, с длительностью заболевания от 1недели до 4 лет. Основную группу составили 50 человек. У подростков с РеА значительную часть больных составили лица мужского пола - 76%, средний возраст которых составил 18,14± 0,21 лет. По форме заболевания больший процент исследуемых составили подростки с мочеполовой инфекцией - 54%; постэнтероколитический вариант РеА - 26%; назофарингеальная форма болезни составила - 12%; у 8 % исследованных выяснить причину развития РеА не удалось.

Контрольную группу составили также 50 подростков с РеА, из них 82% мужчины и 18% лица женского пола. В данной группе, как и в основной, значительная масса больных была поражена урогенитальной формой РеА - 48%; кишечные РеА встречалась в 30% случаев; назофаренгиальные РеА-16%; у 6% уточнить этиологию болезни не удалось.

Всем больным при поступлении в стационар (исходное состояние), затем через 10, 20, 30 дней произведена оценка клинических признаков РеА и лабораторные исследования определяющие степень активности заболевания, это: ОАК, проводились пробы на неспецифические воспалительные реакции (СРБ, фибриноген, сиаловые пробы), ОАМ. Из иммунологических показателей определяли ЦИК, повторное исследование проводили на 20 день терапии. иммуно-ферментный анализ на обнаружения антител против хламидий; ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография пораженных суставов.

Анализ полученных результатов после месячного курса лечения показал, что терапевтическая эффективность препарата вобэнзим в сочетании с антибактериальными средствами в основной группе по всем клинико-лабораторным параметрам: суставной индекс (СИ), число воспаленных суставов (ЧВС), интенсивность болевого синдрома, поражение сердечной мышцы, СОЭ, фибриноген и ЦИК оказалась гораздо высокой, нежели в контрольной группе, где лечение осуществлялось только антибактериальными препаратами и НПВП. СИ в единицах 22,91 и в баллах 12,4 раза снизился в группе принимавших вобэнзим, в то время как в контрольной группе итоги исследования соответственно равнялись 4,09 и 3,41; Параметры ЧВС показали достоверное уменьшение, с более существенной разницей на 10 день лечения в основной группе. Позитивные результаты получены и по субъективным параметрам таким как: интенсивность болевого синдрома, в группе принимавших вобэнзим в 92% случаев отмечено улучшение, тогда как во второй группе данный показатель равнялся 66%. Восстановление пораженного миокарда за время наблюдения установлено у 89% больных РеА основной и у 45% подростков контрольной группы. В лабораторных тестах в основной группе также отмечена положительная динамика: уровень СОЭ (8,96±0,77мм/час), фибриногена (3,41±0,22г/л) и ЦИК (1,82±0,12мг/мл) соответствовал нормальным величинам в основной группе, в то время как в контрольной - ряд показателей еще оставались повышенными (СОЭ - 28,27±2,84 мм/час; фибриноген - 5,34±0,41г/л, ЦИК 2,01±0,23мг/мл).

Жангарашева Г.К.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВОБЭНЗИМ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

За последние годы в клинической медицине были достигнуты определённые успехи в терапии ревматических заболеваний, что связано с внедрением новых методов диагностики и лечения. Вместе с тем продолжается поиск препаратов, характеризующихся высоким терапевтическим индексом, минимумом побочных эффектов и хорошей переносимостью при длительном приёме. Таким препаратом является Вобэнзим, представляющий сбалансированную смесь ферментов животного и растительного происхождения. Вобэнзим обладает противовоспалительным, фибринолитическим, иммунокорригирующим свойствами.

Целью исследования являлась оценка эффективности препарата Вобэнзим в лечении больных с болезнью Бехчета.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных с достоверным диагнозом болезни Бехчета. Диагностика ББ проводилась на основании критериев Международной группы по изучению ББ (1994г). Исследуемые были распределены на основную и контрольную группы.

В течение 1 месяца 15 больных основной группы (1) принимали преднизолон и Вобэнзим по 5 драже 3 раза в день; 25 пациентов контрольной группы (2) получали традиционную стандартную терапию, включающую преднизолон, трентал, НПВП. Проводилась клинико-лабораторная оценка эффективности лечения.

Результаты их обсуждение. В итоге в основной группе такие клинические признаки, как афтозный стоматит, язвы на коже и слизистых половых органов, узловатая эритема и другие кожные проявления после 10 дней лечения полностью исчезали, тогда как в контрольной группе положительная динамика наблюдалась в среднем через 16-18 дней. В 1 группе через неделю отмечалась тенденция к снижению СОЭ, через месяц у всех больных СОЭ было в пределах нормы. У 11 больных 2 группы СОЭ через месяц оставалось выше 20 мм/час. Динамическое наблюдение за больными показало, что в основной группе рецидивы вышеописанных симптомов возникали позже и реже, и были связаны в основном с преждевременным прекращением приёма Вобэнзима.

Вывод: Комбинированная терапия из преднизолона и Вобэнзима по сравнению с традиционными схемами лечения оказала более значительный терапевтический эффект.

Журавлева М.О., Климова О.П., Багирова Г.Г.

РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Медицинская академия, ММУЗ ГП «Автотранс», Оренбург, Россия

В последнее время увеличилась частота возникновения РеА, которые составляют 10 –14 % ревматических болезней и поражают лиц молодого трудоспособного возраста.

Нами обследовано в поликлинических условиях 30 больных с РеА (15 мужчин и 15 женщин). Средний возраст которых составил 35 лет (от 18 до 45 лет). Всем было проведено физикальное, лабораторное и рентгенологическое обследование. Лабораторные методы включали в себя биохимический анализ крови, иммунологическое и микробиологическое обследование. Урогенный РеА был у 27 человек, постэнтероколитический – у 2, после носоглоточной инфекции – у 1. Острое течение заболевания наблюдалось у 14 человек, подострое – у 4, хроническое – у 12.

У всех пациентов отмечался полиартрит с асимметричным поражением суставов нижних конечностей по типу «винтовой лестницы» и характерными экстраартикулярными проявлениями. Псевдоподагрические изменения сустава I пальца стопы в дебюте заболевания имелись у трети больных. На боли в позвоночнике жаловались все пациенты, клинические признаки сакроилеита отмечались у 6 человек (20%). При рентгенологическом исследовании суставов изменения отсутствовали среди 2/3 больных, у остальных отмечались признаки ОА тазобедренных (2 человека) и коленных суставов (4 человека), эрозивного артрита (1 человек), пяточная шпора (2 человека). Рентгенологические признаки остеохондроза были у 28 человек (93,3%).

У всех больных отмечалось поражение урогенитального тракта: у мужчин уретрит, простатит, баланопростит, а у женщин – кольпит, аднексит, оофорит и миома матки.

На поражение глаз жаловались все пациенты. Острый коньюнктивит обнаружился у 16 человек (53,3%), ирит – у 10 (33,3%), иридоциклит – у 2 (6,7%), изменения на момент обследования отсутствовали - у 2 (6,7%). Лихорадка, интоксикация в дебюте заболевания наблюдалась в 1/3 случаев. Поражения кожи были в виде кератодермии подошв (33,3%), розовой папулезной сыпи (3,3%), дерматита (10%), узловой эритемы (3,3%), ониходистрофии (26,7%). Жалобы на колющие боли в сердце и нарушения ритма отмечали только 2 человека. Однако на ЭКГ у всех пациентов РеА обнаружилась блокада правой ножки пучка Гиса.

У 4 больных РеА протекал на фоне дисплазии соединительной ткани, у 4 – на фоне гипотиреоза. Поражение почек в виде хронического пиелонефрита и МКБ отмечалось у 70%. У 81,5% больных с урогенитальным РеА выявлен дисбактериоз кишечника.

Повышение СОЭ до 45 мм/час, положительный СРБ отмечались у всех больных РеА, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево – у половины. На иммунограммах признаки вторичного иммунодефицита были у всех обследованных пациентов.

При определениеи инфекционного агента иммуноглобулины типа G к хламидиям выявлены у 12 больных, уреаплазмам (Ureoplasma urealiticum) – у 2, уреаплазмам и микоплазмам (Mycoplasma hominis) – у 2, хламидиям и уреаплазмам и микоплазмам – у 10. В мазках хламидии обнаружены из них у 2 больнах, а свежая гонорея – у 1. Хламидии по типу распределились следующим образом Chlamidia trachomatis – у 13 человек, Chlamidia pneumonia и Chlamidia psitaki – у 8, сочетание всех трех типов – у 2.

Обращает на себя внимание, что всего 10 (33,3%) обратились за помощью к ревматологу, а 13 пациентов (43,3%)– к терапевту, 5 (16,7%) – к дерматологу и 2 (6,7%) – к хирургу.

Проводимая терапия дала положительный результат в 93,3% случаев. У 2 больных эффект был незначительный, что потребовало дополнительной диагностики.

Таким образом, преобладает урогенный РеА одинаково часто у мужчин и женщин с тенденцией увеличения возраста (45-46 лет). Среди возбудителей преобладают хламидии (особенно Cl. Trachomatis) и сочетание их с уреаплазмами.

Заводовский Б.В., Варгина В.Н., Деревянко Л.И., Филимонова Ю.К., Зборовская И.А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Государственное учреждение НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоград, Россия

Остеопороз (ОП) – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микроструктурным повреждением костной ткани, приводящим к повышению ломкости кости и вследствие этого к повышению риска перелома.

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

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

Нами было обследовано 24 больных ССД (23 женщин и 1 мужчина). Диагноз ССД ставился в соответствии с рабочей классификацией и диагностическими критериями, предложенными Н.Г.Гусевой. Возраст больных составил от 24 до 68 лет. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась

методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). Концентрация остеокальцина в сыворотке крови и концентрация дезоксипиридинолина в моче в пересчете на креатинин мочи (cross laps) опредилялись с помощью иммуноферментного метода с использованием наборов фирмы «ОСТЕОМЕТЕР» (Дании). Лекарственный препарат Альфа-Д3-ТЕВА назначался при остеопении в дозе 0.5 мкг, а при остеопорозе - 0,75 мкг в сутки на фоне диеты богатой кальцием в течение 9 месяцев. Альфа-Д3 Тева принимали 6 больных с ОП, 2 больных с ОП по различным причинам не получали лечения.

В результате исследования у 8 обследованных был диагностирован остеопенический синдром различной степени выраженности, сопровождающийся жалобами на боли в костях и патологическими переломами костей в анамнезе (перелом предплечья- 3 случая, компрессионный перелом позвоночника- 1 случай, другие локализации- 3 случая). Концентрация остеокальцина у большинства больных ССД с ОП находилась в пределах нормы. Уровень cross laps в моче у этих больных был, также, в норме. Анализ биохимических маркеров костного метаболизма показывает, что у большей части обследованных больных ССД ОП сопровождается нормальным уровнем костного обмена.

На фоне лечения ОП альфакальцидолом в течении 9 месяцев отмечалось достоверное увеличение МПКТ. В течение первых 3-х месяцев приема Альфа-Д3 Тева субьективно больные ощущали уменьшение болей в костях, улучшение подвижности в суставах, повышение мышечной силы.

Таким образом, вторичный ОП при ССД развивается у 33% больных. Полученные нами данные свидетельствуют о клинической эффективности альфакальцидола (Альфа-Д3 Тева) и позволяют рекомендовать его для лечения вторичного ОП у больных ССД.

Заводовский Б.В., Рвачев А.В., Фофанова Н.И., Новикова О.В., Зборовский А.Б.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ГИСТОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И АНТИТЕЛАМИ К НАТИВНОЙ ДНК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоград, Россия

Известно, что ведущее значение в патогенезе системной красной волчанки (СКВ) имеют иммунные механизмы. Это подтверждается выявлением при данном заболевании аутоантител, таких как антитела к коллагену, ДНК, фосфолипидам, антинуклеарного фактора. Обнаружение антител к нативной ДНК у больных СКВ говорит о морфологических изменениях соединительной ткани, нарушениях внутриядерного метаболизма и, вероятно, может служить дополнительным тестом в иммунодиагностике активности патологического процесса. В то же время в развитии заболевания большое значение придается нарушению функции эффекторных клеток иммуновоспалительных реакций - нейтрофилов, моноцитов и лимфоцитов. Известно, что иммунокомпетентные клетки могут находиться в двух состояниях – покоя и активации.

Их функциональное состояние отражается уровнем активности ряда внутриклеточных ферментов, таких как Na^+,K^+-зависимая аденозинтрифосфатаза (АТФ-аза), 5-нуклеотидаза (5НТ), миелопероксидаза (МПО), сукцинатдегидрогеназа (СДГ). Уровень мембранной АТФ-азы в лимфоцитах повышается уже через 10-15 минут от начала стимуляции клетки, 5-НТ изменяется через 6-8 часов, активность СДГ, одного из ключевых ферментов цикла Кребса, меняется через 24-48 часов после активации лимфоцита. С другой стороны, между активацией клеток иммунной системы и образованием плазмоцитов, продуцирующих антитела, проходит 2-3 недели. Таким образом, теоретически возможным является прогнозирование иммунных нарушений путем определения энзимов в клетках периферической крови.

Целью исследования было изучение взаимосвязи между энзимными и иммунологическими показателями у больных СКВ.

Под нашим наблюдением находилось 36 больных СКВ. Средний возраст составил 38,29±2,88 лет, средняя длительность заболевания - 8,52±1,28 лет. Контрольная группа состояла из 35 практически здоровых людей – доноров станции переливания крови. У всех пациентов до и после лечения с интервалом 3-4 недели в мазках крови гистохимическими методами определялись активность СДГ, МПО, 5-НТ и АТФ-азы. Уровень антител к нативной ДНК (АТ-нДНК) определялся непрямым твердофазным иммуноферментным методом (ELISA тест).

В результате исследования было выявлено, что уровни активности МПО и 5-НТ в нейтрофилах, СДГ и 5-НТ в лимфоцитах и 5-НТ в моноцитах были снижены по сравнению с контрольной группой. Уровни АТФ-азы в лимфоцитах, нейтрофилах и МПО в моноцитах были достоверно выше контроля ($p<0,05$). Средний уровень АТ-нДНК у больных СКВ составил 0,81± 0,012 ед.опт.плот. при норме до 0,1 ед.опт.плот. Активность МПО в моноцитах и нейтрофилах, СДГ в лимфоцитах слабо коррелировала с уровнем АТ-нДНК ($r=0,36$; $p=0,029$). В то же время было отмечено, что у больных, имеющих на момент первичного обследования (при поступлении) повышенную активность МПО в моноцитах и СДГ в лимфоцитах, а также снижение 5-НТ в моноцитах и лимфоцитах через 3 недели отмечалось повышение в крови уровня АТ-нДНК ($p<0,05$).

Таким образом, в клетках крови больных СКВ происходят энзимные сдвиги, которые отражают иммунный статус пациентов на момент обследования. Кроме того, изменения некоторых гистохимических показателей опережают иммунологические сдвиги на 2-4 недели. Данный факт может использоваться для прогнозирования обострений СКВ в амбулаторной практике.

Зайцева Т.В., Сизова Л.В., Попова Л.В., Багирова Г.Г.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ (КЖ) БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ (ОА) С СИНДРОМОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ (БНС)

Кафедра общей врачебной практики Оренбургской государственной медицинской академии, Оренбург, Россия

БНС относится к наиболее частым жалобам, с которыми больные обращаются к врачам амбулаторного звена. Одной из наиболее частых причин данного синдрома является остеохондроз поясничного отдела позвоночника (ОХ), который считается одной из локализаций ОА. Сочетанное поражение периферических суставов и позвоночника может значительно отражаться на КЖ этих больных.

Цель исследования – выявить особенности КЖ больных ОА, имеющих БНС.

В работе использовались: 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), Модифицированная Станфордская анкета оценки здоровья (МСАОЗ).

Был обследован 21 больной с изолированным синдромом БНС (I группа) и 21 больной с ОА периферических суставов, имеющих в период обследования БНС (II группа). У больных обеих групп БНС имела хроническое течение и была связана с ОХ поясничного отдела позвоночника. Обе группы больных были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания ОХ, по характеру выполняемой работы (38,10% больных занимались тяжелым и средней тяжести физическим трудом), по рентгенологической стадии ОХ (в 66,67% случаев определялась II стадия). Все больные II группы имели полиостеоартроз с медленно-прогрессирующим течением, в большинстве случаев у них определялась узелковая форма заболевания (66,67%), реактивный синовит (71,43%) и периартрит коленных суставов (90,48%).

Больные II группы имели более выраженные изменения практически по всем шкалам SF-36: «физическое функционирование" (31,67 ± 5,64 против 42,61 ± 5,19 в I группе), «ролевое физическое функционирование» (31,75 ± 8,75 против 50,80 ± 10,44 в I группе), «социальное функционирование» (47,14 ± 6,03 против 58,33 ± 4,83 в I группе), «боль» (33,92 ± 3,61 против 40,59 ± 3,20 в I группе), «общее здоровье» (34,52 ± 5,58 против 41,67 ± 5,92 в I группе), хотя эти различия не имели статистической достоверности.

По анкете NHP больные II группы имели более выраженные нарушения сна (70,06 ± 6,65 против 48,21 ± 3,13 в группе I при $p < 0,04$). Следует отметить, что по этой анкете более высокие баллы соответствовали худшему состоянию больных. Других статистически достоверных различий в показателях здоровья по NHP у больных обеих групп не было.

Общий функциональный индекс по МСАОЗ был более высоким у больных II группы (19,45 ± 2,23 против 7,14 ± 0,75 в I группе при $p < 0,0001$), что говорило о более выраженных у них нарушениях повседневной активности.

Таким образом, наличие ОХ поясничного отдела позвоночника ухудшает КЖ больных ОА. Это связано с наличием у этих больных дополнительного источника боли и более выраженным снижением их физической активности.

Зборовская И.А., Никитина Н.В., Сивордова Л.Е., Сычева А.В., Заводовский Б.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА АЛЬФА-КАЛЬЦИДОЛОМ У ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
Кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, Волгоград, Россия

Воздействие радиационного облучения приводит к ущербу для здоровья облученных людей. Причем негативные последствия облучения могут проявляться после скрытого периода в течение всей оставшейся жизни людей. В связи с этим актуальными становятся научно-практические исследования, направленные на изучение отдаленных радиационных воздействий. Одним из распространенных заболеваний среди ликвидаторов Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) является остеопороз, его ранняя диагностика и своевременная лечение может помочь снизить число патологических переломов у данной категории больных. По литературным данным у ликвидаторов ЧАЭС отмечалось снижение уровня паратиреоидного гормона (ПТГ), уровня кальция в сыворотке крови. Поэтому нами для лечения остеопенического синдрома у ликвидаторов ЧАЭС был выбран препарат альфакальцидол (альфа-D3-Тева, Израиль), так как он оказывает многоплановое действие на костную ткань и достоверно снижает частоту патологических переломов.

Цель исследования: изучение распространенности остеопороза и его лечение у ликвидаторов ЧАЭС.

Материалы и методы: было обследовано 130 мужчин в возрасте от 34 лет до 67 лет. Все обследованные являются участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-89 годах. Минеральная плотность кости определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). При диагностике остеопенического синдрома у ликвидаторов проводилась его лечение препаратом альфа-D3-Тева в дозе: при остеопорозе по 0,75 мкг. в сутки, при остеопении по 0,5 мкг. в сутки на фоне диеты богатой кальцием (молочные продукты) в течении 6 месяцев. Больные с остеопеническим синдромом были разделены на две группы: опытную и контрольную. Опытная группа составила 32 обследованных (30 человек с остеопенией и 2 с остеопорозом), которые были пролечены препаратом а-D3-Тева в течении 6 месяцев. Контрольная группа составила 20 человек не получавших препарат альфа-D3-Тева. Всем им проводилось исследование в динамике физикальных, ультразвуковых, биохимических показателей.

Результаты: У 52 (39,7%) из обследованных лиц был диагностирован остеопенический синдром, сопровождающийся жалобами на боли в костях, судорогами в икроножных мышцах и патологическими переломами костей в анамнезе, возникшие после работ в Чернобыле. На фоне лечения остеопороза у ликвидаторов ЧАЭС отмечалась положительная динамика: через месяц приема пепарата по назначаемой схеме у большей части больных значительно уменьшились боли в костях, возрасли мышечная сила, показатель минеральной плотности костной ткани (BUA) на фоне лечения вырос на 24,1%. В контрольной группе больных не леченных альфакальцидолом от-

мечалась отрицательная динамика, прогрессированное снижение минеральной плотности костной ткани по данным остеоденситометрии. Полученные нами данные позволяют рекомендовать для лечения остеопороза у ликвидаторов ЧАЭС активные метаболиты витамина D, например, альфакальцидол.

Зборовский А.Б., Давидян В.С., Родин А.Ю., Мартемьянов В.Ф.

РЕВМАТОИДОПОДОБНАЯ ФОРМА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, кафедра дерматовенерологии ВМА, Волгоград, Россия

Псориатрический артрит (ПсА) является своеобразным заболеванием суставов, входящим в наменклатуру ревматических болезней, и в то же время ПсА является одним из клинических проявлений псориаза, относящегося к кожным заболеваниям. Подобная нозологическая двойственность обуславливает множество сложностей в ведении больных как дерматологами, так и ревматологами. Частота поражений суставов при псориазе по данным различных авторов колеблется в пределах от 1% до 30% и зависит от длительности, тяжести кожных поражений и генетических особенностей (Кунгуров и др. 2002г.). Под нашим наблюдением находилось 32 больных с ревматоидоподобной (симметричной) формой ПсА, диагностика которого основывалась на диагностических критериях Матиеса (1974). Обязательным критерием диагноза было отсутствие ревматоидного фактора. Из 32 больных ПсА – 20 (62,5%) женщин и 12 (37,5%) мужчин. Средний возраст женщин – 45,2±2,6 лет, мужчин – 46,0±3,42 лет, всей группы – 45,5± 2,04 лет. Дебют болезни (псориаза) у женщин – 29,8±2,9 лет, у мужчин – 33,6±4,2 лет, всей группы – 31,2±2,4 лет. Длительность псориаза у женщин составила 15,9±1,4 лет, мужчин – 12,4±1,5 лет, всей группы – 14,6±1,05 лет.

Начальные проявления артрита после дебюта кожных поражений от 1 года до 5 лет выявлены в 9,4%, через 6-10 лет – в 37,5%, 11-15 лет – в 37,5% и свыше 15 лет – в 15,6% случаев. Длительность артрита составила 4,22±0,5 лет.

Причем, длительность артрита от 1 до 5 лет оопределялась у 75% больных, свыше 6-8 лет – у 25% больных. I степень активности патологического процесса у больных ПсА выявлена у 16 (50%),. II-я степень – у 12 (37,5%) и III-я степень – у 4 (12,5%) больных. По данным рентгенологического обследоования I стадия поражения суставов определялась у 9 (28,1%) больных, II-я – у 15 (46,9%), III-я – у 6 (18,8%) и IV стадия – у 2 (6,3%) больных. Функциональные возможности суставов были сохранены у 4 (12,5%) больных (ФНС - 0), ФНС – I степени наблюдалась у 12 (37,5%) и ФНС – 2 – у 16 (50%) больных.

Из кожных поражений у больных преобладала пустулёзно-бляшечная распространённая форма (46,9%), затем вульгарный псориаз, распространённая форма (34,4%) и экссудативная монетовидно-бляшечная распространнённая форма (18,8%) псориаза. У 14 (43,8%) определялась прогрессирующая стадия псориаза, у 13 (40,6%) – стационарная и у 5 (15,6 %) больных стационарно-прогрессирующая стадия.

При вульгарном псориазе преобладала I степень активности ПсА (81,8%), при экссудативном в 66,7% определялась II степень и в 33,3% случаев – III степень активности, при пустулёзно-бляшечном – в 46,7% - I степень, в 40% - II степень и в 13,3% случаев III степень активностии.

Боли в суставах определялись у всех больных, Причем, поражение суставов имело симметричность, что позволило некоторым исследователям назвать эту форму симметричной и, что затрудняет её дифференциальную диагностику с ревматоидным артритом. Наиболее часто поражались суставы кистей (62,5%), стоп (56,3%), коленные (56,3%) и лучезапястные суставы (46,9%).

Висцериты наблюдались в 59,4% случаев, из которых преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (53,1%), печени (46,9%), сердечно-сосудистой системы (28,1%), мочеполовой системы (25%), лимфаденопатия (65,6%).

Проведённые исследования показали преобладание среди больных ПсА женщин, прямую корреляцию тяжести артрита и кожных поражений, значительную частоту экстраартикулярных поражений и зависимости появления артрита от длительности псориаза.

Зборовский А.Б., Дахмаль М.К., Бедина С.А., Хортиева С.С.

АДЕНАМИНАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
Волгоград, Россия

В 60-70 годы XX столетия благодаря усиленному вниманию отечественных ревматологов к проблеме ревматизма, внедрению всеобщей диспансеризации, проведению первичной и вторичной профилактике ревматизма были достигнуты значительные успехи в борьбе с ревматизмом, и наступила некоторая успокоенность по этой проблеме. Последние 2-3 десятилетия усилия ревматологов направлены на борьбу с диффузными болезнями соединительной ткани, заболеваниями суставов, и в периодической литературе сообщения по вопросам ревматизма стали весьма малочисленны. Подобное отношение к ревматизму стало проявляться медленным, но неуклонным ростом как первичной заболеваемости ревматизмом, так и дальнейшим прогрессированием ревматических пороков сердца у больных как бы с неактивной фазой ревматизма. Сложившаяся ситуация требует активизации научно-исследовательских работ по ревматизму, выяснения проблемы неактивной фазы ревматизма и поиску чувствительных лабораторных тестов, способствующих выявлению минимальной активности ревматического процесса.

Под наблюдением в условиях стационара находились 28 больных ревматизмом, из которых 20 (71.4%) женщин и 8 (28.6%) мужчин. Средний возраст больных 41.2±4.1 лет. Средняя длительность болезни – 6.1±2.5 лет.

У всех больных диагностированы ревматические пороки сердца: комбинированный митральный порок – у 18 (64.3%), стеноз левого венозного устья – у 2 (7.1%), стеноз устья аорты – 2 (7.1%), комбинированный мит-

ральный порок и стеноз устья аорты – у 4 (14.3%), недостаточность митрального клапана – у 2 (7.1%).

Больные были направлены из поликлиники на стационарное лечение по подозрению на активацию патологического процесса на основании только клинических проявлений: общая слабость, артралгии, усиление одышки при обычной физической нагрузке, сердцебиения, а показатели крови: СОЭ, количество лейкоцитов, сиаловые кислоты были в пределах верхних границ нормы.

В условиях стационара в результате тщательного клинико-инструментального и лабораторного обследования у всех больных была установлена минимальная активность патологического процесса. В крови больных при поступлении на лечение определялась активность аденозиндезамназы (АДА) по методу Martinec R.G. (1963). У 21 (75%) больного определялось повышение активности АДА в сыворотке крови. У 7 (25%) больных активность АДА находилась в пределах верхних границ нормы. Повышение СОЭ выявлено у 6 (21.4%), уровня сиаловых кислот – у 8 (28.6%), СРБ – у 5 (17.9%) больных.

Таким образом, проведенные исследования показали, что определение активности АДА в комплексе с клиническими данными является достаточно чувствительным тестом в выявлении минимальных проявлений активности ревматического процесса.

Иванова Ю.И., Чижов П.А.

ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОПОРОЗА У МУЖЧИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель работы: на основании клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования выявить и оценить наличие связи между распространенностью и клиническими проявлениями остеопороза (ОП) и особенностями ИБС и эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) у мужчин.

Материалы и методы: обследован 101 мужчина с АГ и ИБС в возрасте от 50 до 78 лет (средний возраст 60,6±0,85 лет) и 37 человек контрольной группы (без АГ и ИБС) в возрасте от 50 до 66 лет (средний возраст 58,6 ±0,19 лет). У всех больных проводилось специальное анкетирование, клиническое обследование, рентгенодиагностическое и рентгеноморфометрическое исследование позвоночника, эхокардиоскопия (ЭХО-КС).

Результаты: в целом по группе по данным рентгенодиагностического метода ОП встречается в 34,65 % случаев (у 35 больных), что в 3,2 раза больше, чем в контрольной группе – 10,81% (4 из 37 обследованных пациентов), и в 1,9 раз больше, чем в популяции – 18,3% у мужчин старше 50 лет. Среднее значение оценки рентгенодиагностических проявлений остеопении и ОП в основной группе составляло 5,51±0,19 балла, а в контрольной группе 4,24±0,25 балла ($p<0,05$) У 93 пациентов имелись проявления ИБС – стенокардия напряжения 1-4 ФК, постинфарктный кардиосклероз в сочетании с АГ или без нее. В этой группе ОП встречался в 34,4% случаев. Наблю-

далось увеличение частоты встречаемости и выраженности ОП при утяжелении клинических проявлений ИБС. Так, стенокардия напряжения 2 ФК наблюдалась у 44 пациентов, ОП среди этих больных встречался в 20,5% случаев. Стенокардия напряжения 3 ФК имелась также у 44 больных, однако в этой группе ОП встречался в 47,7% случаев. Среднее значение рентгенодиагностической оценки остеопении и ОП у больных стенокардией напряжения 2 и 3 ФК составляло 4,98±0,27 и 6,16±0,26 балла соответственно ($p<0,05$). Кроме этого, отмечена положительная корреляция средней силы между выраженностью остеопоротических изменений и ФК стенокардии, длительностью анамнеза ИБС. 43 больных ИБС не имели в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), в этой группе ОП встречался в 25,6% случаев, у 50 пациентов имелся постинфарктный кардиосклероз, в этой группе ОП наблюдался у 42% больных. При этом среди больных, перенесших мелкоочаговый ИМ ОП наблюдался в 33,3 % случаев, крупноочаговый ИМ – в 36,4%, а у пациентов перенесших несколько ИМ в 58,3%. Помимо этого, наблюдалось увеличение распространенности ОП при присоединении хронической сердечной недостаточности (ХСН) и утяжелении ФК ХСН. Отмечена положительная корреляция между степенью выраженности ОП и ФК ХСН. При сравнении параметров ЭХО-КС у больных основной группы с ОП и без него получены достоверные отличия размеров левого предсердия (ЛП), величинами конечного систолического объема (КСО), ударного объема (УО), фракции выброса (ФВ). Так, размеры ЛП у больных с ОП и без него составляли 4,47 ±0,09 см и 4,21±0,07 см соответственно ($p<0,05$).Величины КСО и УО составляли 79,8±4.65 мл и 72,7±2,29 мл соответственно у больных с ОП и 63,4±3,28 мл и 80,1±2,15 мл у больных без ОП ($p<0,05$). Величина ФВ у больных с ОП составляла 47,97±1,26%, а у больных без ОП 56,96±0,99% ($p<0,05$). Отмечена положительная корреляция между выраженностью ОП и величиной КСО отрицательная корреляция между величиной ФВ и степенью остеопоротических изменений. Помимо этого, у больных АГ как в сочетании с ИБС так и без нее отмечены достоверные отличия толщины межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка, величины индекса массы миокарда левого желудочка у больных с ОП и без него.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о значительно большей частоте встречаемости ОП у мужчин с ИБС и АГ. Утяжеление клинических проявлений ИБС и АГ способствует значительному увеличению распространенности ОП и его тяжести.

Изюмов Е.И., Лапшин В.Е., Форсилов В.Е.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ИНГИБИТОРА АПФ КАПТОПРИЛА

Ярославская областная клиническая больница, Ярославль, Россия

Цель исследования: выяснить характер суточной кривой артериального давления (АД) у больных с ревматическими пороками сердца (РПС), осложненными хронической недостаточностью кровообращения (ХНК),

оценить динамику АД после проведения курса лечения каптоприлом в течение 3-4-х недель.

Материалы и методы: в исследование были включены 96 больных с различными вариантами поражениями клапанного аппарата: 54 пациента имели преобладающее поражение митрального клапана, 42 - клапана аорты. Средний возраст пациентов составил 49,3 г., на момент включения в исследование все они имели симптоматику НК II-III класса по NYHA и были максимально скомпенсированы с помощью препаратов дигиталиса и диуретиков. Давность заболевания у большинства из них составила более 20-и лет. Всем больным проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осциллометрическим методом при помощи аппарата SpaceLabs Medical (модель 90207) по стандартной программе с интервалом 15 мин. днём и 30 мин. ночью. Повторное мониторирование проводилось через 3-4 недели приема каптоприла в индивидуально подобранной дозировке.

Результаты: при анализе полученных суточных кривых АД у 27 больных (28,1%) отмечена мягкая артериальная гипертензия, среднедневные цифры АД превышали 140/90 мм.рт.ст., 22 из них имели аортальный порок (АП), 5 – митральный порок (МП). У больных с преобладающей аортальной недостаточностью наблюдались стабильно низкие цифры диастолического АД. При исключении из анализа этих пациентов, отмечено отсутствие существенных различий в характере суточной кривой АД у больных с АП и МП. Среднесуточные цифры АД при II ф.кл. ХНК (51 человек – 53%) составили: у пациентов с МП 117\78 мм.рт.ст. днем и 102\72 мм.рт.ст. ночью, у больных с АП 134\86 мм.рт.ст. днем и 115\77 мм.рт.ст. ночью. Суточный индекс соответственно 12,8% и 14,2%, т.е. больные имели кривую типа «dipper». Показатели вариабельности в большинстве случаев оставались в пределах нормы, хотя и находились в пограничной зоне. Вариабельность систолического АД составила 13,2%, диастолического АД 10,4%, степень и скорость утреннего подъема АД не превышали допустимых значений. Динамика АД, главным образом зависела от выраженности НК. У пациентов с более тяжелой НК, III класс по NYHA, в большинстве случаев (73,3% - 33 чел.) наблюдалась суточная кривая типа «non-dipper» монотонного характера со средним суточным индексом 7,3%. Средние цифры АД были несколько ниже: у больных с АП 121\79 мм.рт.ст. днем и 112\72 мм.рт.ст. ночью, а при МП соответственно 110\74 и 99\68 мм.рт.ст. У 6-и пациентов, все имели МП, отмечена кривая типа «over-dipper» с ночной гипотонией до 78\40 мм.рт.ст. и суточным индексом 22,3%. Почти во всех случаях при III ф.кл. НК имела место повышенная вариабельность АД как в дневное, так и в ночное время, характерными являлись существенные перепады АД в ранние утренние часы.

После лечения каптоприлом в дозе 50-75 мг\сут отмечена нормализация АД практически у всех лиц с мягкой артериальной гипертензией, исходно низкие цифры диастолического давления у больных с АП не усугублялись. Среднесуточные значения АД снижались на 8,3% у больных II ф. кл. НК и 6,9% у больных с III ф. кл. НК. Отмечено увеличение количества больных с нормальной суточной кривой типа «dipper», снижение вариабельности систолического и диастолического АД до нормальных значений у большинства пациентов. Наблюдалось 2 случая избыточного снижения АД у пациентов с МП и III ф. кл. НК, которые потребовали снижения дозы препарата.

Таким образом по мере нарастания тяжести ХНК у больных РПС усугубляются нарушения гемодинамики, что, вероятно, обусловлено избыточной

напряженностью и дисбалансом нейрогуморальных систем. Ингибитор АПФ каптоприл оказывает благоприятное влияние на суточный профиль АД у больных с РПС. Для оценки безопасности терапии гемодинамически активными препаратами важное значение может иметь СМАД.

Ильичев А.Ю.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУРАХ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХАХ КАК МЕТОД САНИРУЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ЛОР-отделение Волгоградского гарнизонного госпиталя

Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются наиболее распространенной патологией ЛОР – органов (среди стационарных больных они отмечаются в 25-30% случаев). Хроническое воспаление околоносовых пазух, которое встречается примерно у 10% населения, является следствием затяжного течения или часто повторяющихся острых воспалений, особенно когда существуют неблагоприятные условия для оттока накапливающегося патологического секрета в них, чему способствуют гипертрофический и вазомоторный риниты, искривление носовой перегородки, наличие шипов и гребней на перегородке носа.

В связи с тем, что в этиологии хронических синуситов основное место занимают различные штаммы кокковой микрофлоры (в том числе и бета-гемолитический стрептококк группы А), данное заболевание патогенетически и патофизиологически тесно связано с целым рядом соматических недугов. Это прежде всего коллагеновые болезни (ревматизм, системная красная волчанка, склеродермия), гломерулонефрит, миокардиодистрофия, инфекционно-аллергический миокардит. Поэтому возникает необходимость санации очага хронического воспаления.

Если процесс в околоносовых пазухах носит гнойный характер, то предварительно проводится консервативно-хирургическая терапия, состоящая из пункций или зондирования пазух и их промывания антисептиками, антибиотикотерапии, витаминотерапии, десенсибилизирующей терапии, применения энтеросорбентов, сосудо- суживающих капель и мазей, физиотерапевтического лечения. После уменьшения гнойно-воспалительных проявлений в синусах наступает второй этап санации - хирургический.

В ЛОР-отделении Волгоградского гарнизонного госпиталя накоплен определенный опыт выполнения одномоментных хирургических вмешательств на околоносовых пазухах и внутриносовых структурах при хронических синуситах. За 1999-2002 г.г. было прооперировано 118 пациентов, у которых хронический синусит сочетался с искривлением носовой перегородки в 56, с гребнями и шипами перегородки носа в 34, с вазомоторным и гипертрофическим ринитом в 28 случаях. Вначале выполнялась коррекция внутриносовых структур в виде подслизистой резекции перегородки носа (56 пациентов), полипотомии носа (34 пациента), кристотомии (14 пациентов), подслизистой вазотомии носовых раковин (8 пациентов), конхотомии (6 пациентов).

Вторым этапом операции являлось эндо- или экстраназальное вскрытие околоносовых пазух. Эндоназальные хирургические вмешательства приме-

нялись на клетках решетчатого лабиринта у 45 , на верхнечелюстных пазухах у 32 пациентов. Экстраназально верхнечелюстные пазухи вскрывались у 33 , клетки решетчатого лабиринта у 5 , лобные пазухи у 3 пациентов. Операции заканчивались тампонадой полости пазухи йодоформным марлевым тампоном и (или) тампонадой полости носа марлевыми турундами, пропитанными облепиховым маслом. Тампоны удалялись через 1 сутки. На второй и четвертый день пазуха промывается растворами антисептика. В послеоперационном периоде пациентам проводилась общеукрепляющяя и аналгезирующяя терапия, местное лечение в виде закапывания сосудо- суживающих капель и закладывания в носовые ходы 3 раза в день ватных фитилей со сложной мазью. С 3-4 дня после операции назначался курс физиотерапевтического лечения, состоящий из 6-7 сеансов лазеро- или СМВ- терапии. Пациенты выписывались из стационара обычно на 8 – 10 сутки после операции.

При применении данной методики хирургического вмешательства у нас не отмечалось каких-либо осложнений, достигался хороший функциональный и санирующий результат. Более того, выполнение одномоментных операций на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах щадит психику больного, уменьшает количество хирургических вмешательств, сокращает продолжительность пребывания больных в стационаре, существенно снижает материальные затраты по сравнения с двухэтапным лечением. Это позволяет рекомендовать данную методику для более широкого использования в лечебных учреждениях.

Инина Л.И., Иванова М.М.

НЕКОТОРЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ИЕРСИНИОЗНЫХ АРТРИТАХ

Институт ревматологии РАМН, Москва; кафедра внутренних болезней стоматологического и педиатрического факультетов Волгоградской МА

Имеется немало сообщений о поражении суставов при иерсиниозной инфекции, однако вопросы прогнозирования течения заболевания в литературе освещены недостаточно. С целью определения некоторых прогностически значимых признаков мы проанализировали начало, течение и исход заболевания за период диспансерного наблюдения у 50 больных иерсиниозным артритом в трех группах: I группа (22 чел.), у которых отмечено значительное улучшение; II группа (18 чел.) – улучшение; III группа (10 чел.) – прогрессирование болезни.

При формировании данных групп мы учитывали клинико-рентгенологическую динамику суставного синдрома, наличие и выраженность экстраартикулярных проявлений а также динамические изменения иммунологических, биохимических, бактериологических и серологических показателей.

Результаты клинического обследования показали, что у больных III группы отмечалось более частое вовлечение мелких суставов верхних конечностей как в начале заболевания (в 30% случаев), так и при последнем обсле-

довании (в 70% случаев), поражение суставов приняло преимущественно симметричный характер (в 70% случаев).

Результаты динамического рентгенологического обследования подтвердиили наличие прямой корреляционной связи между клиническим прогрессированием суставного синдрома и развитием множественных кистозных просветлений костной ткани, единичных и множественных эрозий костей.

При анализе результатов бактериологического и серологического исследований установлено, что у больных III группы с прогрессированием заболевания бактериологический анализ был положительным в 60%, т.е. почти в два раза чаще, чем у больных с значительным улучшением, а титры антител к I.enterocolitica длительно оставались на высоком уровне, при этом специфические анти-Iersinia антитела были выявлены у 60% больных III группы и также отмечалось нарастание уровня сывороточного IgG. Прогностически неблагоприятным признаком является одновременное выявление группы специфических анти-Iersinia антител (IgM, IgA, IgG и/или IgM и IgG или IgG и IgA). Упорное течение энтероколита с нарастающей анемией также является прогностически неблагоприятным.

Применение эти признаков в практической медицине позволит своевременно и целенаправленно проводить адекватную терапию и профилактику больных иерсиниозным артритом и таким образом снизить процент неблагоприятных исходов заболевания.

Исаева Б.Г.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ

Казахский Национальный медицинский Университет; Казахский НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Республика Казахстан

Целью исследования явилось изучение влияния ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) на выраженность сердечной недостаточности (СН) при ревматических пороках сердца (РПС) после протезирования клапанов (ПК).

Под наблюдением находились 73 больных РПС после ПК, из них 32 мужчин (43,8%), 41 женщин (56,2%). Средний возраст мужчин составил 45,47±1,58 , женщин – 45,07±1,53 лет. Ультразвуковое исследование сердца осуществлялось на аппарате «Combison 320» с определением показателей ЛЖ: индекса относительной толщины стенок (2H/D), массы миокарда (ММЛЖ), миокардиального стресса (МС).

Результаты. В отдаленном периоде у больных РПС после ПК наблюдалась СН II функционального класса (ФК) по классификации NYHA у 13,7%, III ФК - у 45,2% и IV ФК – у 41,1%. У преобладающего большинства (90,4%) больных наблюдалась активная и лишь у 9,6% - неактивная фаза болезни. Группу со II ФК СН представили 85,7% больных в неактивной фазе болезни и 14, 3% - с активностью I степени, а с III ФК - 90,9% пациентов с минимальной и 9,1% с умеренной степенями активности. IV ФК СН наблюдался у 96,5% с минимальной и у 3,5% больных с умеренной степенями ак-

тивности болезни. Эхокардиографические показатели ЛЖ у оперированных больных РПС представлены в таблице.

Таблица. Параметры левого желудочка больных ревматическими пороками сердца после протезирования клапанов

ГРУППЫ	ПОКАЗАТЕЛИ		
	ММЛЖ, г	2Н/D	МС, дин/см^2
1. 1 группа (II ФК, n-10)	304,13±10,12	0,55±0,04*	141,41±13,69
2. 2 группа (III ФК, n-33)	321,79±20,76	0,50±0,02*	206,55±13,91*,ˆ
3. 3 группа (IV ФК, n-30)	405,12±35,39 *,ˆ	0,45± 0,02ˆ	245,58±18,98*,ˆ
4. Контрольная группа (n-50)	256,89±34,21	0,41±0,04	148,81±5,22

Примечание: * - p1,2,3 - 4 <0, 05; ˆ- p1,2 –3.

Как видно из таблицы, у части оперированных больных РПС наблюдалась регрессия ММЛЖ до 304,13±10,12 г., что проявилась II ФК СН. Сохранение достоверно выраженной гипертрофии миокарда сопровождалось более тяжелым IV ФК СН. Индекс относительной толщины стенки ЛЖ у оперированных больных оставался увеличенным, сравнительно с контрольной группой здоровых, однако с нарастанием выраженности декомпенсации наблюдалось достоверное уменьшение показателя. В то же время, напряжение стенок ЛЖ увеличивалось с нарастанием ФК СН.

Таким образом, изменения ЛЖ в фазе адаптивного ремоделирования, направленные на поддержание компенсации кровообращения при РПС после реконструктивных операции на клапанах, характеризуются гипертрофией миокарда до 304,13±10,12 г., значениями индекса относительной толщины стенки - 0,55±0,04 и напряжения стенок - 141,41±13,69 дин/см^2 . Активация ревматического процесса усугубляет выраженность патологического ремоделирования ЛЖ у больных РПС после реконструктивных операции.

Каражанова Л.К., Есимбекова Э.И.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ

Семипалатинская государственная медицинская академия,
Семипалатинск, Казахстан

Симптомокомплекс, проявляющийся рецидивирующими тромбозами (артериальными и/или венозными), синдромом потери плода и тромбоцитопенией при наличии в циркулирующей крови антифосфолипидных антител (аФА) получил название антифосфолипидного синдрома – АФС. Антикардиолипиновые антитела (аКЛ) и волчаночный антикоагулянт (ВА) - один из серологических маркеров этого синдрома. Клиническая симптоматика опре-

деляется тромботическими осложнениями, которые могут выявляться в сосудах различного калибра.

Цель: Изучить возможность применения препарата системной энзимотерапии (СЭТ) Вобэнзима у кардиологических больных с антифосфолипидным синдромом (АФС).

Материал и методы: Нами было обследовано 46 больных ИБС, из них 13 женщин и 33 мужчин, средний возраст – 57,6±2,7. Из общего числа больных у 20 был диагностирован крупноочаговый инфаркт миокарда (КИМ). С мелкоочаговым инфарктом(МИМ) наблюдалось 16 больных. У 12 обследованных была диагностирована нестабильная (прогрессирующая) стенокардия (НС).

Для уточнения распространенности у больных с острыми формами ИБС антифосфолипидного синдрома и определения его возможного влияния на развития и течения заболевания, нами осуществлена клинико-лабораторная диагностика АФС во всех группах обследованных больных.

Состояния различных звеньев гемостаза у больных ИБС с АФС на фоне проводимой терапии СЭТ оценивали по показателям: ристомицин – индуцированной агрегации тромбоцитов (РИА), содержанию ранних фибрин- мономерных комплексов (РФМК), фибринолитической активности плазмы (ФАП), а также определению ранних продуктов деградации фибринов (РПДФ), содержанию фибриногена в плазме крови и антитромбина III (АТ III). В качестве основных маркеров АФС определялись содержание в крови волчаночного антикоагулянта (ВА) и антифосфолипидных антител (АФА).

Результаты: На основании полученных клинико-лабораторных данных мы пришли к заключению, что АФС имелся у 8 больных: 4- с КИМ, 2- с МИМ и 2- с НС.

В ходе комплексной терапии на фоне лечения препаратом СЭТ (Вобэнзимом) достоверно улучшились по сравнению с исходными данными и традиционной терапией реологические показатели.

По окончанию первого курса СЭТ проведено повторное определение титра ВА и АФА в крови у больных с АФС. Полученные данные показали, что при применении СЭТ наблюдалось снижение содержание в крови больных ВА и АФА.

Выводы: включение препарата СЭТ (Вобэнзима) в комплексную терапию у кардиологических больных с АФС приводит к нормализации свертывания крови, повышению количества тромбоцитов в периферической крови, улучшению микроциркуляцию, а также снижение содержание в крови ВА и АФА.

Клековкина Е.В., Тимина Л.И., Немцов Б.Ф.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ЛАТЕНТНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Медицинская академия, Киров, Россия

Остеоартроз (ОА) является одним из распространенных (6,43%) заболеваний в популяции. На долю ОА приходится до 80% всех болезней суставов. ОА – это группа различных, хотя и перекрещивающихся забо-

леваний, которые могут иметь различную этиологию, но одинаковые биологические, морфологические и клинические исходы. Патологический процесс затрагивает не только суставной хрящ, но весь сустав, включая субхондральную кость, связки, капсулу, синовиальную мембрану и периартикулярные ткани. В связи с этим представляется актуальным углубленное обследование пациентов для выявления поражения не только хрящевой и костной тканей, но и синовиальной оболочки и периартикулярных структур.

Цель работы: Изучить значение ультразвукового(УЗ) метода в диагностике латентного синовита и воспалительного поражения периартикулярных тканей при ОА и эффективность локальной терапии глюкокортикостероидами (ГКС).

Материалы и методы: Исследование проведено у 25 пациентов с достоверным ОА коленных суставов, 1-3 рентгенологической стадией (Kellgren), преимущественно женщин в возрасте 43-64 лет, длительностью заболевания от 1 до 14 лет, на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапии, «хондропротекторов» с недостаточным клиническим эффектом. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование коленных суставов («ЭХО-диагност» Philips, линейный датчик 7,5МГц). При наличии показаний (воспалительные поражения в виде синовита и теносиновита) проводилось внутрисуставное и периартикулярное введение ГКС (дипроспана 7мг). Эффективность терапии оценивалась по клиническим признакам (выраженности боли -ВАШ, индексу тяжести гонартроза Lequesne, тесту WOMAC) и по УЗ данным.

Результаты: У 10 больных (40%) определялись клинические симптомы синовита (воспалительный тип боли, дефигурация сустава, боли при пальпации), который был подтвержден при УЗИ. У 15 больных (60%) клинических признаков синовита не было, после проведенного УЗ исследования латентный синовит выявлялся у 8 больных (32% от общего числа обследуемых), теносиновит в медиальном отделе коленных суставов у 4 больных (16%), отсутствие признаков воспаления в коленных суставах у 3 больных (12%). Т.е. по данным УЗИ синовит при гонартрозе выявлялся у 72% больных, теносиновит у 16%.

Больным с ультразвуковыми признаками синовита и теносиновита (22 больных) было проведено внутрисуставное и периартикулярное введение ГКС (дипроспана 7мг). Через 1 неделю после локальной терапии у всех больных отмечалось клиническое улучшение (уменьшение боли по ВАШ, снижение индекса тяжести гонартроза, улучшение показателей теста WOMAC). По данным УЗИ в динамике у 18 больных признаков синовита и теносиновита не обнаружено, у 4 больных сохранялись минимальные проявления синовита (минимальное количество жидкости под коллатеральными связками). Длительность клинического эффекта сохранялась от 4 до 24 недель.

Выводы: Таким образом, УЗИ позволяет выявить латентные признаки синовита и воспалительного поражения периартикулярных тканей коленных суставов при ОА в 48% случаев при отсутствии клинических проявлений. Локальное введение ГКС (дипроспан) оказывает быстрый и выраженный клинический эффект при синовите и воспалительном поражении периартикулярных тканей. Динамичное УЗ исследование является простым и чувствительным методом позволяющим контролировать эффективность локальной терапии ГКС.

Ковальчук М.В., Глазко И.В.

ВЛИЯНИЕ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ

Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбург, Россия

Цель работы: изучить влияние импульсного магнитного поля (ИМП) на клинические проявления и состояние микроциркуляции у больных остеоартрозом (ОА) в сравнении с переменным магнитным полем (ПеМП).

Материалы и методы: обследовано 30 больных полиостеоартрозом от 34 до 60 лет, средний возраст – 50,1±8,2 года. Пациентов разделили на две сопоставимые группы по 15 человек, в каждой из которых было по 3 больных с реактивным синовитом. В I группе проводили лечение ИМП, II – ПеМП. В обеих группах больные также получали диклофенак в 75 мг/сут., лечебную физкультуру и массаж шейно-воротниковой зоны. Курс лечения составил 15 процедур.

Оценивали клинические данные по индексам Ричи, Лекена и визуально-аналоговой шкале (ВАШ), капилляроскопию ногтевого ложа пальцев рук, биомикроскопию сосудов конъюнктивы глазного яблока.

Результаты исследования: До лечения по данным капилляроскопии у больных ОА отмечались признаки отека сосочкового слоя кожи и венозного застоя в виде расширения и извитости венозных отделов капилляров, в 3 случаях – замедление кровотока. При биомикроскопии конъюнктивы глазного яблока среди сосудистых изменений преобладали извитость венул и нарушение артериоло - венулярных соотношений, внутрисосудистых – замедление кровотока, бусообразный кровоток, а у 5 больных с реактивным синовитом – начальный сладж. Внесосудистые изменения проявлялись в основном наличием липоидоза и пигментных пятен, явления периваскулярного отека отмечены в 2 случаях, также у больных с артрозо-артритом.

После лечения в обеих группах достоверно уменьшились индексы Ричи, Лекена и ВАШ. Клиническое улучшение наступало у пациентов I группы без синовита в среднем на 5 день, с синовитом – на 7, у больных II группы без синовита – на 3, с синовитом – на 6 день. При капилляроскопии в I группе отмечалось уменьшение процента отека сосочкового слоя кожи с 33,3% до 6,6%, увеличение процента нормальной капилляроскопической картины 6,6% до 20% и нормализация кровотока у больных, имевших исходно его замедление. Во II группе после лечения исчез отек сосочкового слоя кожи, однако у 2 больных (13,3%) было отмечено замедление кровотока, не имевшее место до лечения. По данным биомикроскопии в обеих группах выявлено улучшение общей микроциркуляции в виде уменьшения спазма артериол, бусообразного тока крови, признаков периваскулярного отека, увеличения скорости кровотока по артериолам и венулам, наиболее выраженные в I группе. В ней отмечены достоверные изменения сосудистого (с 4,4±1,2балла до 3,0±1,2, $p<0,05$), внутрисосудистого (с 1,8±1,1 до 0,7±0,9, $p<0,05$) и общего (с 6,4±2,0 до 4,13±1,8, $p<0,05$) конъюнктивальных индексов. Во II группе достоверная разница была выявлена только в значениях внутрисосудистого индекса (с 2,2±1,2 до 1,0±0,9, $p<0,05$).

Обсуждение: Наиболее выраженные нарушения микроциркуляции отмечаются у больных с явлениями синовита. ИМП лучше, чем ПеМП корригирует эти нарушения, но клинический эффект при применении ИМП наступает несколько позднее, чем при терапии ПеМП.

Вывод: ИМП оказывает положительное влияние на клинические проявления ОА и имеет более выраженное влияние на микроциркуляцию у больных ОА, чем ПеМП.

Корочина И.Э., Вознюк О.А., Попова Г.Н., Беляева О.Н., Полищук И.С., Глазко И.В., Щербанюк А.И., Щепко Е.Б., Прядкина С.В., Перелетова Л.Н., Вишневская Г.В.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ

Оренбургская государственная медицинская академия,
областная клиническая больница, Оренбург, Россия

Актуальность: Известно, что гиперурикемия (ГУ) выявляется практически при всех метаболических нарушениях в организмеВ настоящее время ГУ рассматривается как составляющая метаболического (Х-) синдрома.

Цель: Проанализировать взаимосвязь показателей метаболического статуса пациентов с подагрой – природной моделью нарушенного пуринового обмена.

Материалы и методы: Проанализированы 56 случаев подагры у мужчин 52,37±10,58 лет со средней длительностью болезни 102±0,51 месяцев, со средней активностью болезни - 1,7±0,77 ст. Средний уровень мочевой кислоты сыворотки крови пациентов составил 550,98±0,77 мкмоль/л. У всех больных масса тела и рассчитанный по общепринятой формуле индекс массы тела превышали нормальные, артериальная гипертония выявлена у 71,7 % больных, ишемическая болезнь сердца – у 17,9 %, гипергликемия – у 8,7%.

Полученные результаты: Статистическая обработка материала выявила достоверную прямую корреляцию ГУ с массой тела ($К_{регр.}$ = 0,98), уровнем сахара крови ($К_{регр.}$ = 0,86), диагностированной при ультразвуковом исследовании мочекаменной болезнью ($К_{регр.}$ = 0,86), наличием диффузных мышечных изменений миокарда по данным электрокардиографии ($К_{регр.}$ = 0,64), гипертонией ($К_{регр.}$ = 0,65), функциональным классом сопутствующей стенокардии ($К_{регр.}$ = 0,71), активностью подагрического артрита ($К_{регр.}$ = 0,69), наличием рентгенологических признаков остеоартроза ($К_{регр.}$ = - 0,69) и выраженностью сердечной недостаточности ($К_{регр.}$ = - 0,59). При детальном анализе выявлено, что с у пациентов с массой тела от 60 до 80 кг уровень мочевой кислоты составил 409,64±0,93 мкмоль/л, 81-100 кг – 451,75±0,97 мкмоль/л; больше 100 кг (практически на одном уровне в исследуемых подгруппах больных до 142 кг массы тела) – 472,52± 0,96 мкмоль/л. При уровне сахара крови до 4,5 ммоль/л (47,83% больных) – средний показатель мочевой кислоты составил 414,09 мкмоль/л; при 4,5 - 5,5 ммоль/л (41,30%) – 462,75 мкмоль/л; при гликемии более 5,5 ммоль/л (6,52%) – 474,95 мкмоль/л.

ИБС выявлена у 17,39% пациентов, постинфарктный кардиосклероз – у 4,35%, у 4,35% - миокардиодистрофия, у 2,17% – врожденный порок сердца, сердечная недостаточность у 21,74% с преобладанием невысокой степени ее тяжести (у 8 больных I стадии, у 5 –IIа). При I ФК стенокардии условно средний уровень мочевой кислоты был 644,1 мкмоль/л, при II - 468,0 мкмоль/л, при III - 400,0 мкмоль/л. При сердечной недостаточности IIа средний уровень мочевой кислоты (423,98) был ниже, чем при I – 560,7 мкмоль/л. С нарастанием тяжести гипертонии ГУ также нарастает: от 416,09 до 472,50 мкмоль/л. У 21,74% больных подагрой диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия, при этом с нарастанием ее тяжести отмечено увеличение ГУ (427,60± 0,83 - 452,63 ± 0,88 – 492,0 ± 0,56 мкмоль/л). На электрокардиограмме различные метаболические нарушения выявлены у 36,1% больных Все они имели избыточную массу тела, артериальную гипертонию, 12 из них - ишемию миокарда, 6 – сахарный диабет.

Обсуждение: У всех (100 %) исследованных больных ГУ сочеталась с патологическим увеличением массы тела различной степени выраженности. Выявлено явное преобладание гипертонического варианта метаболического синдрома (ГУ + ожирение + артериальная гипертония) - у 33 (71,74%) больных (I степени – 9, II степени – 24 больных). ГУ с ожирением и ИБС определены у 8 (17,39 %) больных подагрой. Повышение уровня мочевой кислоты на фоне ожирения в сочетании с артериальной гипертонией (у всех II ст.) и ИБС – у 13,04 % пациентов, еще реже – в 6,52 % случаев – встречалось сочетание ГУ с ожирением, артериальной гипертонии II ст. и сахарным диабетом II типа.

Выводы: Проведенный анализ позволил выявить у мужчин с подагрой различные вариации метаболического синдрома с широким спектром клиническим манифестаций и осложнений.

Комиссаров Е.К., Нестеров А.Д., Субботин Ф.В., Быкова О.В., Бойко Т.А.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПРЕВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Государственное учреждение Санаторий «Волгоград»,
Волгоград, Россия

Лечение остеоартроза (ОА) – достаточно сложный, многоэтапный процесс, включающий в себя длительное использование комплекса факторов: медикаментозных, физиотерапевтических и курортных.

Целью исследования была разработка метода, позволяющего осуществлять одновременное воздействие на патогенетические звенья развития остеоартроза (противовоспалительное, хондропротективное, аналгезирующее).

В санатории «Волгоград» проводилось исследование, в которое было включено 45 пациентов с достоверно верифицированным первичным ОА, с преимущественным поражением коленных суставов.

В зависимости от вида проводимой терапии, больные были разделены на 3 группы. I группа (14 человек) – в процессе лечения получала общие минеральные ванны, грязевые аппликации на пораженные суставы и физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) в виде последовательного применения ультрафонофореза (УФФ) с мазью «Диклофенак» в количестве 5 процедур и 10 процедур с мазью «Хондроксид». II группа (16 человек) – в комплексную терапию которой входило, помимо пелоидобальнеологического лечения, 15 процедур УФФ с мазью «Диклофенак». III группа (15 человек) – контрольная. Её составили больные, получавшие только грязелечение и минеральные ванны.

В лечебных целях использовалась иловая сульфидная, сильноминерализованная грязь озера Эльтон и минерально-жемчужные ванны с хлоридно-натриевой бромной водой, минерализацией 13 г/л. Ультразвуковая терапия проводилась с помощью аппарата УЗТ – 1.01 Ф (частота 880кГц) вибратором с рабочей поверхностью 4 см^2, контактно, лабильно, в непрерывном режиме, с интенсивностью 0,4-0,7 Вт/см^2 на область коленных суставов, с экспозицией 8 минут на каждое поле.

Была изучена динамика суставных индексов, лабораторных данных, дозы принимаемых нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) до и после лечения. Выявлено улучшение практически всех показателей у пациентов, получавших пелоидобальнеологическое и местное физиотерапевтическое лечение с НПВП и хондропротекторами ($p<0.05$).

Несомненно, применение хондропротекторов не должно ограничиваться сроком пребывания в санаторно-курортном учреждении. Необходима длительная терапия с целью предупреждения дегенерации суставов. Однако, как показали наши исследования, уже на ранних этапах лечения выявляются достоверные преимущества метода комбинированного применения этих препаратов с НПВП и природнымии факторами.

Таким образом, использование предлагаемого нами лечебного комплекса, при отсутствии противопоказаний, позволит одновременно осуществлять воздействие на многие патогенетические звенья развития остеоартроза, и, следовательно, улучшить результаты лечения и уменьшить потребность больных в нестероидных противовоспалительных препаратах и глюкокортикостероидах.

Кочнева Л.И., Гонтарь И.И., Маслакова Л.А., Кулик С.В., Зотина М.В., Никитин М.В., Александров А.В.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИТЕЛОГЕНЕЗА К ФИБРОНЕКТИНУ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии;
Волгоград, Россия

Фибронектин (ФН), являющийся высокомолекулярным гликопротеином, содержащимся в биологических жидкостях и на поверхности клеток, привлекает большое внимание клиницистов и исследователей благодаря своим поливалентым свойствам. Выяснение роли антител (АТ) к ФН в па-

тогенезе ревматических заболеваний может значительно расширить горизонты при изучении патогенеза диффузных заболеваний соединительной ткани и выборе адекватных методов симптоматической терапии.

Цель исследования: подбор оптимальных условий постановки твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) на полистироловых планшетах для определения АТ к ФН в сыворотке крови больных ревматоидным артритом (РА) и системной красной волчанкой (СКВ).

Материалы и методы. Количество ФН в крови больных определяли методом твердофазного ИФА. В его основе лежит высокоспецифичное связывание антител к ФН с поверхностью полистирола, в результате чего, внутренняя поверхность лунок планшета приобретает свойства антительного сорбента. Образовавшийся комплекс «антиген-антитело» выявляется с помощью тех же антител, конъюгированных с пероксидазой. Ферментативная активность определялась по изменению окраски субстратной смеси, регистрирующейся колориметрически с помощью многоканального спектрофотометра при длине волны 492 нм.

АТ к ФН определяли в классическом варианте ELISA-теста. Предварительно была проведена серия опытов по подбору оптимальной концентрации антигена. Для этого лунки полистиролового планшета сенсибилизировали раствором ФН в концентрации 1600, 800, 400, 200, 100, 50, 40, 25, 20 и 10 нг/мл, с последующей инкубацией в течение 18 часов при температуре - 4^0С. Дальнейшая постановка реакции происходила по стандартной методике ИФА. Учет результатов проводился на спектрофотометре с вертикальным лучом (АС-8К, Белоруссия) при длине волны 490 нм, полученные значения выражали в условных единицах оптической плотности и считали положительными при превышении величин экстинции, полученных для здоровых лиц более чем на 2σ.

Результаты. Методом ИФА было определено количество ФН в крови у 16 практически здоровых людей – доноров станции переливания крови, а также у 14 больных РА и 6 больных СКВ, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГКБСМП № 25 г. Волгограда.

Количество ФН у доноров составило 0,3 -0,4 г/л, что по данным литературы соответствует нормальному содержанию ФН в крови здоровых лиц. Концентрация ФН в сыворотке крови больных РА не отличалась от нормы ($p>0,05$). У 4 больных СКВ (66,7%) концентрация ФН была выше, чем у здоровых лиц ($p<0,05$).

При исследовании сывороток крови больных ревматическими заболеваниями на наличие антител к ФН были получены следующие результаты. У 50% больных СКВ (3 человека) и у 57% (8 человек) больных РА выявлены повышенные уровни АТ к ФН. Оптимальная концентрация антигена при проведении иммуноферментного анализа по выявлению АТ к ФН составила 20 нг/мл.

Выводы. Таким образом, в сыворотках крови больных РА и СКВ более чем в 50% случаев выявляются повышенные уровни АТ к ФН, что может быть использовано в диагностике этих заболеваний. Повышение антителогенеза к данному гликопротеину - фибронектину - при ревматических заболеваниях, возможно, имеет патогенетическое значение.

Кузнецова В.М., Марасаев В.В., Чучканов Ф.А.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА (МРТ) СТАДИЙНОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ярославская государственная медицинская академия

Актуальность. Целью данного исследования являлось изучение последовательности поражения структур коленного сустава при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. Обследовано 120 больных ревматоидным артритом, преимущественно женщины, средний возраст 47,3±1,17; длительность болезни 9,14±1,64 года. Контрольная группа составила 30 человек, репрезентативных по полу и возрасту. Всем проводилось МРТ коленных суставов.

Результаты. Дегенеративные изменения связок отмечались при всех степенях поражения суставного хряща: при 1 ст. – 4,5%, при 2 ст. - 31,9% и при 3 – 64,4%. Костные разрастания в виде остеофитов регистрировались также при всех степенях поражения хряща: 4,5%, 64,4% и 68,5% соответственно. У одной части больных при отсутствии костных изменений (остеофитов) дегенеративные изменения связок регистрируются уже в 25,6% случаев. У 74,4% пациентов, при начальных проявлениях остеофитоза, у 32, 2 % дегенеративные изменения связок не зафиксированы. Однако в дальнейшем, по мере прогрессирования костных разрастаний отмечается появление и усиление дегенеративных изменений со стороны связок коленного сустава (6,6% и 35,5% соответственно).

Выводы:

1. С прогрессированием поражения суставного хряща параллельно идет процесс дегенеративных изменений связок в суставах.
2. По мере прогрессирования поражения суставного хряща отмечается усиление артрозных изменений в виде появления остеофитов в коленном суставе.
3. Дегенеративные изменения связок появляются раньше, чем костные разрастания.

Левшин Н.Ю., Аршинов А.В., Масина И.В.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МЕГАДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И ЦИТОСТАТИКОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия

Цели исследования – динамическое изучение показателей спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов у больных СКВ на фоне проводимой терапии мегадозами глюкокортикостероидов (ГКС) и цитостатиков.

Объекты, методы исследования. Обследовано 15 больных СКВ женщин в возрасте от 18 до 56 лет. Контрольную группу составили 10 человек от 26 до 51 года. Изучение агрегации проводилось на фоне комбинированной пульс-терапии мегадозами метилпреднизолона (ежедневно 1000 мг в/в кап. в течение 3 дней) с добавлением 1000 мг циклофосфана в/в кап. во второй день. Показаниями к пульс-терапии были лихорадка, полиартрит, поражение ЦНС, люпус-нефрит, серозит, миозит. Пульс-терапия проводилась на фоне приема преднизолона 10-40 мг/сут. Исследование проводилось на агрегометре BIOLA LA-230. В качестве индукторов использовались ристоцетин, АДФ, коллаген. Анализ агрегатограмм проводился до пульс-терапии, на 1-ый и 10-й дни после её проведения.

Результаты и обсуждение. У больных СКВ исходные значения спонтанной агрегации тромбоцитов более чем в 5 раз превышали цифры контроля (процент светопропускания (light transmission,LT)=1,85%, норма (N)=0,33%). Под влиянием терапии отмечалось снижение спонтанной агрегации как на 1-й (LT=0,98%), так и 10-й (LT=0,92%) дни лечения. Достижения нормальных значений спонтанной агрегации отмечено не было. При индукции агрегации ристоцетином перед пульс-терапией и в 1-й день после неё отмечалось снижение процента светопропускания в 1,5 раза от показателей группы контроля (LT=40,2%, N=60,3%), что может быть вызвано иммунной блокадой GPIb-IX рецепторов тромбоцитов. На 10-й день после пульс-терапии отмечено повышение процента светопропускания при индукции агрегации ристоцетином (LT=70,1%), что может быть связано с "разблокированием" GPIb-IX рецепторов и активацией эндотелия, синтезирующего фактор фон Виллебранда, который играет ключевую роль в тромбоцитарной адгезии, участвует в тромбообразовании. При индукции агрегации АДФ перед пульс-терапией отмечалось снижение процента светопропускания в среднем в 1,4 раза (LT=34,5%, N=48,7%), что, вероятно, связано с иммунным блоком GPIIb/IIIa рецепторов тромбоцитов. Повышение данного показателя до уровня его в группе контроля отмечено уже в 1-й (LT=45,5%) и 10-й (LT=49,1%) дни после пульс-терапии. При исследовании агрегации тромбоцитов с коллагеном отмечалось исходное её снижение (LT=30,2%, N=50,3%) и дальнейшее подавление на фоне пульс-терапии (LT=23,7%) с небольшим восстановлением показателя на 10-й день после пульс-терапии (LT=40%). Причинами данных изменений могут служить истощение пула хранения тромбоцитов в результате их интенсивной активации медиаторами пула хранения клеток, поврежденных вследствие цитотоксического действия терапии, а также блокирование рецепторного аппарата тромбоцитов антителами.

Выводы. Назначение высоких доз ГКС и цитостатиков у больных системной красной волчанкой вызывает изменение показателей тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, активацию эндотелия и требует назначения дезагрегантов для коррекции данных нарушений, что позволит предупредить развитие осложнений как самого заболевания, так и проводимой терапии. Исследование показателей тромбоцитарно-сосудистого гемостаза может быть рекомендовано для диагностики гемостазиологических нарушений и контроля проводимой терапии при СКВ

Ломтатидзе Е.Ш., Грошев Ю.В., Поцелуйко С.В., Ломтатидзе В.Е., Круглов М.И., Волченко Д.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Волгоградская медицинская академия; Волгоград, Россия

Цель: сопоставить данные клинического обследования состояния тазобедренного сустава у больных с коксартрозом, диспластическим артрозом, ревматоидным артритом, которым проводилось первичное тотальное цементное эндопротезирование отечественными конструкциями.

Материалы и методы: на базах кафедры травматологии и ортопедии ВМА в период с 1999 по 2003 год было выполнено 60 операций первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (55 по поводу коксартроза, диспластического артроза, аваскулярного некроза головки бедра, псориатического артрита, 5 по поводу ревматоидного артрита).

Операция эндопротезирования тазобедренного сустава выполнялась в положении больного на боку, под эндотрахеальным наркозом, из бокового доступа по Хардингу. Использовались имплантаты и инструментарий фирмы «СФЕН». Фиксация эндопротеза в бедренном канале, чашки в ацетабулярной впадине производилась при помощи костного цемента «Polacos». Цементное эндопротезирование производилось в связи с наличием локального или общего остеопороза, установленного при рентгенологическом исследовании. При необходимости укрепления дна и стенок производилась дополнительная фиксация металлическими кольцами.

Отдаленные результаты оценены в период от 6 мес. до 3 лет. Обследование больных проводилось с использованием клинического, рентгенологического методов. Клиническая оценка пораженного сустава выполнялась по шкале Харриса. Суть ее заключается в том, что состояние тазобедренного сустава рассматривается как совокупность анатомических и функциональных признаков. Каждый признак имеет собственное значение в баллах, которое отражает степень функционального нарушения. Оценка свидетельствует о степени приближения признака к норме. Состояние сустава определяется суммой баллов по всем признакам. Сумма баллов от 100 до 90 говорит об отличной функции сустава, от 89 до 80 — о хорошей, от 79 до 70 — об удовлетворительной и менее 70 — о неудовлетворительной функции.

Результаты: отличные результаты получены у 10% пациентов (6 человек), хорошие – 77% (46 человек), удовлетворительные – 10% (6 человек). Таким образом, неудовлетворительные результаты были получены у 3% (2 пациента), что можно объяснить в одном случае развитием глубокой перипротезной инфекции (купированной консервативными средствами, и не потребовавшей удаления эндопротеза), у второго пациента развитием в раннем послеоперационном периоде явлений тромбофлебита глубоких вен. Данные осложнения повлияли на функциональный результат.

Выводы: первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава отечественными эндопротезами может быть рекомендовано при лечении коксартроза, диспластического артроза, ревматоидного артрита различ-

ной степени тяжести, так как позволяет наиболее полно восстановить функцию тазобедренного сустава.

Луцкова Л.Н., Коршунов Н.И., Марасаев В.В., Чучканов Ф.А

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА (МРТ КОЛЕННОГО СУСТАВА) ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА «АЛФЛУТОП» У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования: оценить динамику клинических и МРТ-показателей коленного сустава у больных остеоартрозом в процессе лечения препаратом «Алфлутоп».

Материалы и методы исследования: обследовано 68 больных остеоартрозом, с преимущественным поражением коленных суставов. Среди пациентов преобладали женщины (86%), средний возраст которых составил 53,6±5,4 года. Больные были разделены на две репрезентативные по полу, возрасту и стадии болезни группы. Первой группе пациентов (30 человек) проводилось внутрисуставное, а затем внутримышечное введение препарата «Алфлутоп», второй - традиционная терапия ОА, без применения хондропротекторов. МРТ коленных суставов проводилось на томографе фирмы Picker (США) резистивным магнитом напряженностью 0,1 Тл, с получением Т1 взвешенных томограмм, последовательность PS3D 50/20 (пространственное частичное насыщение), на специально приспособленной радиочастотной катушке для коленных суставов. Клинические и МРТ-показатели оценивались до лечения и через 12 месяцев после.

Результаты: у больных первой группы отмечалась достоверная положительная динамика клинических показателей болезни: сгибание в коленных суставах ($p<0,01$), индекс Richi для коленных суставов ($p<0,01$), тест Lee для коленных суставов ($p<0,01$). Среди МРТ-показателей было зафиксировано увеличение гидрофильности суставного хряща ($p<0,01$), показателя однородности ткани головки бедренной кости ($p<0,05$), и отчетливой тенденции к увеличению высоты суставного и феморопателлярного хряща. У больных второй группы, достоверной динамики МРТ показателей не получено.

Выводы: таким образом, применение «Алфлутопа» у больных остеоартрозом оказывает достоверное положительное клиническое действие. Увеличение показателей гидрофильности, высоты хряща и однородности костной ткани, можно расценить, как хондропротективный эффект препарата.

Луцкова Л.Н., Марасаев В.В., Полуночев Г.Б., Чучканов Ф.А

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПО ДАННЫМ МРТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель: оценить прогрессирование хрящевых структурных изменений коленного сустава в зависимости от варианта болезни при остеоартрозе (ОА).

Материалы и методы: Обследовано 100 больных ОА, средний возраст которых составил 48,8±1,14 лет, при длительности болезни 8,14±1,26 года. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от варианта болезни: 1группа - больные ОА генерализованной формы с узелками Гебердена и Бушара, 2 группа – больные с сосудистыми нарушениями в нижних конечностях (варикозная болезнь и лимфостаз), 3 группа – воспалительный вариант с проявлениями синовита коленных суставов в анамнезе, наличием выпота и кисты Бейкера. Исследование коленных суставов проводилось на магнитно-резонансном томографе в режиме Т1. Оценивалась высота и однородность феморопателлярного и суставного хряща с латеральной и медиальной сторон, выраженность дегенеративных МРТ-признаков основных связок коленного сустава и сухожилий четырехглавой мышцы бедра.

Результаты: Неоднородность суставного хряща в наибольшем проценте случаев была выявлена во II группе (с медиальной-56%, латеральной-35%) и III группе (с медиальной - 47%, латеральной- 47%). При оценке феморопателлярного хряща превалировала III группа больных (с латеральной-12%, медиальной-41%). Причем, если во II группе наибольшему патологическому воздействию подверглась медиальная сторона хряща, как наиболее физически незащищенная, то в III группе страдал хрящ с латеральной и с медиальной сторон. Это подтверждает то, что в III группе помимо физического воздействия большое значение имел воспалительный фактор. При оценке высоты суставного и феморопателлярного хряща было выявлено, что наименьшей была высота суставного хряща с медиальной стороны в III группе (I -3,06±0,13мм.; II-2,78±0,16мм.; III - 2,40±0,16мм.; $p<0,05$). С латеральной стороны достоверно значимых различий не получено. Наименьшая высота феморопателлярного хряща была зафиксирована в III группе больных. При этом, она была достоверно ниже высоты ФПХ в I и во II группах с медиальной и с латеральной сторон. Это вновь свидетельствует в пользу именно воспалительного фактора прогрессирования остеоартроза, так как нагрузка на ФПХ не столь велика, как на суставной и патологический процесс течет равномерно с медиальной и латеральной сторон. При оценке связочного аппарата коленного сустава наиболее выраженные дегенеративные изменения регистрировались в III группе больных.

Выводы: При остеоартрозе коленных суставов наряду с суставным хрящем, страдает феморопателлярный хрящ и связочный аппарат сустава. Наиболее значимые изменения в суставном и феморопателлярном хряще, а так же в связочном аппарате сустава, были отмечены в III группе больных, где преобладал воспалительный компонент болезни. В меньшей степени во II группе, в которой преобладали сосудистые нарушения в нижних конечно-

стях. Наименьшие изменения были зафиксированы в I группе больных с генерализованной узелковой формой болезни. Таким образом, наличие воспалительного варианта ОА с повторяющимся синовитом коленного сустава является наиболее неблагоприятной формой болезни, приводящей к более выраженным изменениям структуры коленного сустава.

Майко О.Ю.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Оренбургская государственная медицинская академия, кафедра общей врачебной практики, Оренбург, Россия

Цель настоящего исследования – оценить КЖ у больных остеоартрозом (ОА) коленных и тазобедренных суставов.

Больные были обследованы с применением клинических и лабораторно-инструментальных методов (рентгенография и ультразвуковое исследование (УЗИ) коленных и тазобедренных суставов).

Для клинической характеристики суставного синдрома использовались такие параметры, как общая оценка боли самим пациентом по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при движении. Функция коленных суставов оценивалась по времени прохождения 30 метров и объему движений в коленных и тазобедренных суставах по данным гониометрии. Для оценки качества жизни (КЖ) у больных ОА использовались альгофункциональный индекс Лекена и опросник SF-36.

Обследовано 15 больных с достоверным ОА коленных и тазобедренных суставов в стадии обострения. Диагноз ОА устанавливался на основании стандартных диагностических критериев ОА, разработанных Институтом ревматологии РАМН (Беневоленская Л.И. и соавт., 1993).

Большинство обследованных составили женщины (86,7% - 13 чел.) в возрасте от 45 до 72 лет, средний возраст 51,8±1,0 год. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 25 лет, составила в среднем 6,6 ±1,0 года. У 10 пациентов отмечался гонартроз, у 5 – коксартроз, преобладала II рентгенологическая стадия (60%) и II степень функциональной недостаточности суставов (66,7%). Большинство обследованных имели 2-4 обострений ОА в течение последнего года. Реактивный артрит был диагностирован по данным клинического и ультразвукового исследования суставов в 60%, периартрит в 86,7% случаев. 40% пациентов имели полиостеоартроз с поражением дистальных межфаланговых суставов и позвоночника.

Обострение гонартроза или коксартроза проявлялось различной выраженностью болевого синдрома по ВАШ от 3 до 10 см (средн. - 6,53±0,24 см). Большинство больных характеризовали боль как ноющую, ломящую с иррадиацией в голень. Индекс Лекена колебался от 6 до 11 баллов (среднее значение для коленных суставов составило – 10,2±0,37, для тазобедренных суставов - 10,6±0,25 баллов), что свидетельствует об умеренном нарушении функции суставов. Все больные имели ограничение объема движений в пораженных суставах в среднем на 10-15°, причем в коленных суставах в

большей степени было нарушено сгибание, в тазобедренном – сгибание, отведение и наружная ротация.

При анкетировании по опроснику SF-36 все больные отметили, что вынуждены снизить свою физическую активность. Большинство больных (80%) отмечали значительное ограничение трудовой деятельности (53,3%). Болевой синдром мешал им в полном объеме выполнять свои трудовые обязанности, что повлекло за собой выход на больничный лист и снижение заработной платы.

Установлено, что больные с ОА имели низкие показатели по шкалам SF-36: физическое функционирование (ФФ) – 40,62±4,17, физической боли (Б) – 41,37±2,42, жизнеспособности 27,37±4,14, психологического здоровья (ПЗ) – 42,64±4,29 и общему показателю здоровья -39,67±3,37 баллов. Анализ коррелятивных взаимосвязей между шкалами опросника SF-36 и клиническими проявлениями ОА выявил взаимосвязь ($r>0,4$) с показателями боли, утренней скованности, ограничением объема движений в пораженных суставах.

Таким образом, опросник SF-36 может применяться в качестве общего инструмента для оценки КЖ больных ОА в клинической практике. Снижение КЖ у пациентов с ОА коленных и тазобедренных суставов связано, прежде всего, с нарушением физического функционирования и психологического здоровья.

Макаров М. А. , Никонова Л. В., Басыров Д. Н., Матрехина О. В., Марченков Ю. Я., Кучумова Т. В.*, Ермакова Л. В.*,*

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Казанский государственный медицинский университет,
поликлиника №10*, Казань, Россия

Цель. Изучение состояния системы микрогемоциркуляции (МГ) и периферической гемодинамики (ПГ) при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 619 больных РА в возрасте от 15 до 79 лет, с давностью заболевания от 0,5 года до 30 лет, с различной степенью активности. Контрольную группу составили 75 практически здоровых лиц. Использовали инструментальный комплекс, позволяющий исследовать состояние ПГ и МГ по собственной классификации; определение содержания общих сульфгидрильных (SH) групп в венозной крови проводили по собственной модификации.

Результаты. Реовазография: снижение систолического притока на руках и ногах вокруг болезненных суставов; снижение венозного оттока на руках. Скорость кровенаполнения крупных ветвей артерий снижена на руках и ногах, средних и мелких сосудов - на ногах. Наблюдается снижение тонуса сосудов всех диаметров. Ультразвуковая допплерография: резкое снижение линейной скорости кровотока в тыльных артериях стоп до 11,200 ± 3, 313 см/с (норма – 22,109 ± 4,264), $p < 0,05$. У больных РА содержание SH – групп составляет 171,750 ± 6,170 мкмоль/мл, $p < 0,05$ (резкое уменьшение).

По данным конъюнктивальной биомикроскопии отмечаются специфические изменения МГ: извитость, неравномерность диаметра артериол, венул, капилляров; спастическое состояние артериол при высокой степени активности; атоническое состояние венул, симптом «закручивания» венул; ограниченный и выраженный (II – III степень активности) периваскулярный отек. В 33,6% случаев при III степени активности фиксируются максимальные нарушения внутрисосудистого статуса – крайне замедленный кровоток в артериолах и венулах, формирование крупных агрегатов эритроцитов – классический тип сладжа, в капиллярах – остановка кровотока. Выявлена определенная закономерность:с какой стороны больше выражен болевой синдром, изменения суставов – параллельно этому выступают нарушения МГ. Идет рост конъюнктивального индекса, связанный с тяжестью процесса: 11,481 ± 0,656 баллов при I степени активности; 13,959 ± 0,837 – при II, до 17,019 ± 0,632 баллов ($p < 0,05$) – при III степени (норма 0,625 ± 0,075 – возраст 15 – 35 лет; 2,628 ± 0,540 – возраст 40 – 70 лет). Ногтевая капилляроскопия: количество функционирующих капилляров у большинства больных составляет 4 – 6 на 1мм; фиксируются симптомы «игры» и «запустевания» капилляров. Аморфный тип сладжа встречается у 27,78% больных при I степени активности, при III – в 64,86% случаев, и капилляроскопический индекс увеличивается до 14,485 ± 1,347 баллов ($p < 0,05$). Тепловизионное исследование показывает, что у больных РА достоверно выявляются зоны гипертермии, чаще диффузного характера, однако в 40,91% случаев наряду с этим фиксируются участки гипотермии, что указывает на нарушения МГ и ПГ. При I степени активности изменения носят локальный характер, при высокой степени активности с висцеральными поражениями идет системное нарушение МГ.

Выводы. При РА развиваются резкие нарушения ПГ, МГ и окислительно-восстановительных процессов, которые находятся в прямой зависимости от степени тяжести заболевания. Раскрытие механизмов сопряжения системной и регионарной гемодинамики на уровне микрососудистого русла является ключевым вопросом при РА.

Марасаев В.В., Луцкова Л.Н., Полуночев Г.Б., Чучканов Ф.А

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СУСТАВНОГО И ФЕМОРОПАТЕЛЛЯРНОГО ХРЯЩА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования: клинико-инструментальная оценка структурных изменений суставного (СХ) и феморопателлярного хряща (ФПХ) коленного сустава у больных остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы: было обследовано 110 больных ОА, с преимущественным поражением коленных суставов. Средний возраст пациентов составил 45,8±6,24 года, среди обследованных преобладали женщины (87,5%). Исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе, с использованием Т1 взвешенного изображения, пространственное частичное

насыщение (PS3D 50/20) на специальной магнитной катушке для коленных суставов. Анализировали высоту суставного и ФП хряща, однородность и четкость его контуров в зависимости от длительности болезни и рентгенологической стадии в коленных суставах с латеральной и медиальной стороны.

Результаты: неоднородность суставного хряща в виде появления участков очагового и диффузного характера с пониженными гипоинтенсивными сигналами была зафиксирована у 67 больных (60,9%), тотальная деструкция суставного хряща – у 5 пациентов (4,4%). Отмечалась четкая зависимость изменения высоты, однородности и контуров суставного хряща от длительности ОА и рентгенологической стадии, более выраженные с медиальной стороны коленного сустава. При этом, более интенсивно дегенеративные процессы в суставном хряще протекали в первые 10 лет, с дальнейшим замедлением темпов прогрессирования. Изменения ФПХ были зафиксированы у 11 больных (10%). Отмечалось достоверное ($p<0,05$) снижение высоты ФПХ в зависимости от длительности болезни и рентгенологической стадии процесса. Значимой асимметрии поражения ФПХ между медиальной и латеральной стороной не выявлялось. Кроме того, начальные проявления патологии ФПХ были зарегистрированы у 8,1% пациентов уже в первые 5 лет болезни.

Выводы: таким образом, дегенеративные изменения ФПХ наряду с поражением суставного хряща, отмечаются уже на ранних стадиях остеоартроза, хотя и протекают не столь интенсивно как в суставном хряще и не имеют значимой асимметрии поражения.

Мартемьянов В.Ф., Бедина С.А., Девятаева Н.М., Дахмаль М.К., Стажаров М.Ю., Белясникова Е.А.

ИЗОФЕРМЕНТЫ АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Энзимные тесты уже много лет используются в качестве довольно чувствительных и надежных показателей повреждения различных тканей. Одним из их недостатков является то, что они существенно меняются, в основном, только при острых повреждениях и заболеваниях (инфаркт миокарда, инсульт, кризовые состояния), но через 3-5 суток общая активность энзимов крови, как правило, приближается к параметрам нормы, и их диагностическая ценность существенно уменьшается. Хотя бывают и исключения, что зависит от характера и вида заболевания. Открытые в 1957 году Маркеттом и Мюллером множественные молекулярные формы ферментов (изоферменты) во многом расширили диагностическую ценность энзимов, и в отличие от показателей общей активности ферментов, изоэнзимы остаются измененными, практически, на всем протяжении патологического процесса, даже при его хронизации.

Используя эти свойства изоэнзимов, мы в своей работе определяли изоферменты аденозиндезаминазы (АДА) в крови больных ревматизмом и системной красной волчанкой (СКВ), являющихся хроническими заболеваниями.

Изоферменты АДА в сыворотке крови определяли методом зонального электрофореза в 1% агарозном геле, и выявление изоэнзимов проводилось непосредственно в геле с помощью цветной реакции (Spencer et al., 1968).

Под наблюдением находились 20 больных ревматизмом с минимальной активностью патологического процесса и 15 больных СКВ с I степенью активности. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей. Исследования изоэнзимов проводили трижды в процессе лечения: при поступлении в стационар, через 10-12 дней лечения и перед выпиской из стационара, в стадии начинающейся клинической ремиссии.

В сыворотке крови здоровых людей выявлены 2 изоэнзима АДА: АДА-1 – 84.1±0.42. АДА-2 – 15.9±0.42. Величины изоферментов выражались в процентах. В крови больных ревматизмом и СКВ в изоэнзимных спектрах АДА выявлялись также по 2 изоэнзима, но соотношения их, по сравнению со здоровыми, имели существенные различия.

У больных ревматизмом при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, выявлено увеличение АДА-2 и уменьшение АДА-1 ($P<0.05$). Через 10-12 дней лечения наблюдалось уменьшение АДА-2 ($P<0.05$), а по окончании лечения это уменьшение было еще более существенным ($P<0.01$), и соотношение изоэнзимов не отличалось от здоровых ($P>0.05$).

У больных СКВ при поступлении на лечение АДА-2 также были больше, чем у здоровых ($P<0.001$). Через 10-12 дней существенных изменений изоэнзимов не отмечалось ($P>0.05$), а перед выпиской АДА-2 уменьшились ($P<0.01$), но так и не достигли уровня нормы ($P<0.05$).

Величины АДА-2 у больных СКВ были больше, чем при ревматизме при поступлении на лечение ($P<0.05$).

Таким образом, даже при минимальной активности патологического процесса при СКВ и ревматизме наблюдаются существенные изменения изоэнзимов АДА, более выраженные при СКВ. Изоэнзимы АДА могут способствовать объективизации контроля эффективности проводимой терапии.

Мартемьянов В.Ф., Девятаева Н.М., Брагина Т.Г., Кудряков Р.Ш., Стажаров М.Ю.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ЭКСТРАКТАХ ТКАНЕЙ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Энзимные исследования проводились на аутопсийном материале 5 больных системной красной волчанкой и 10 практически здоровых людей, погибших в результате несчастных случаев. Материал для исследований забирался не позже 4-6 часов после смерти.

В экстрактах тканей сердца (левое и правое предсердия, левые и правые желудочки), скелетных мышц, мозга, печени, легких и почек определялись активности креатинкиназы (КК) в прямой (КК-пр.) и обратной (КК-обр.) реакциях, а также активность аденилаткиназы (АК) в прямой (АК-пр.) и обратной (АК-обр.) реакциях. В результате прямых реакций и для КК и АК проис-

ходит потребление АТФ, а обратных реакций – синтез АТФ. Все энзимные исследования проводились в день забора материала.

Проведенные исследования выявили различные изменения активности энзимов в зависимости от органной локализации.

В левом предсердии больных СКВ, по сравнению с контролем (здоровые) определялось достоверное снижение активности КК-пр. ($P<0.05$) и тенденция к снижению активности КК-обр., АК-пр. и АК-обр. ($P>0.05$).

В правом предсердии – снижение активности КК-пр. и недостоверное снижение активности КК-обр., АК-пр. и АК-обр.

В левом желудочке – снижение активности КК-пр. на 43%, КК-обр. на 75% ($P<0.01$), АК-пр. на 31% ($P<0.001$) и недостоверное активности АК-обр. – на 23% ($P>0.05$).

В правом желудочке – снижение активности КК-пр. на 47% ($P<0.001$), КК-обр. на 80% ($P<0.01$), АК-пр. на 24% ($P<0.01$) и АК-обр. на 13% ($P>0.05$).

В скелетных мышцах – снижение активности КК-пр. на 47% ($P<0.001$), КК-обр. на 27% ($P>0.05$), АК-обр. на 63% ($P<0.001$) и повышение активности АК-пр. на 35% ($P<0.01$).

В тканях мозга (мозжечка) – снижение активности КК-пр. на 49% ($P<0.01$), КК-обр. на 45% ($P<0.01$), АК-пр. на 34% ($P<0.05$) и повышение АК-обр. на 84% ($P<0.001$).

В печени – тенденция к снижению активности КК-пр., КК-обр., АК-пр. и к повышению АК-обр. ($P>0.05$).

В почках – повышение активности КК-пр. ($P<0.01$), АК-обр. ($P>0.05$), снижение активности АК-пр. ($P<0.01$), КК-обр. ($P>0.05$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что в большинстве тканей при СКВ снижены как процессы энергопродукции, так и энергопотребления.

Мартемьянов В.Ф., Зборовская ИА., Рогаткина ТФ., Аль Акбари Халед, Мозговая Е.Э., Белясникова Е.А.

ВЛИЯНИЕ РАЗВЕДЕНИЯ НА АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ В ЭКСТРАКТАХ ТКАНЕЙ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Гомогенаты и экстракты тканей готовились в соответствии с методом, предложенным И.И. Ивановым и соавт. (1974). Энзимные исследования проводились на аутопсийном материале 49 больных ревматизмом и 15 практически здоровых лиц, погибших в результате несчастных случаев. В экстрактах тканей сердца, скелетных мышц, легких, печени, почек и мозга определялась активность гексокиназы (ГК), фосфоглюкомутазы (ФГМ), фосфофруктокиназы (ФФК), пируваткиназы (ПК), креатинкиназы (КК) в прямой (КК. Пр.) и обратной (КК-обр.) реакциях, аденилаткиназы (АК) в прямой (АК-пр.) и обратной (АК-обр.) реакциях. Использовали различные разведения экстрактов от 1:2 до 1:80-160.

Проведенные исследования активностей и энзимов в экстрактах тканей показали, что активность ГК по мере разведения во всех тканях повышалось, не в пересчете на количество белка ее активность существенно не менялась. При определении активностей и ФГМ в сердечной ткани в разведении 1:20 она была, в среднем, 37 раз выше, чем при разведении 1:2, но ниже в 1,5 раза, чем при разведении 1:40. В скелетных мышцах активность ФГМ в разведении 1:40 была в 72 раза выше, чем при 1:2, но меньше на 10%, чем при 1:20. В экстрактах мозга в разведении 1:20 активность ФГМ в 104 раза выше, чем при 1:2 и на 35% выше, чем при 1:40. В экстрактах печени в разведении 1:20 и 1:40 активность ФГМ была примерно равной, но выше в 94-96 раз, чем при 1:2. В экстрактах почек активность ФГМ в разведении 1:20 выше в 40 раз, чем при 1:2, но ниже чем при 1:40 в 2,6 раза. Активность ФФК в экстрактах всех изучаемых органов в разведении 1:40 была выше в 2-3 раза, чем при 1:2. Активность КК-обр. в разведении 1:40, по сравнению с 1:20, была выше в сердце в 2 раза, мышцах – в 4,2 раза, в почках – в 3,6 раза, в легких – в 2,4 раза, в экстрактах печени – примерно равная, а в мозге – активность энзима была ниже в разведении 1:40 в 1,6 раза, чем при 1:20 в сердце – в 4 раза, мышцах – 1,5 раза, печени – 1,8 раза, мозге – в 1,2, почках – 2 и легких – в 2,6 раза.

Таким образом, проведенные исследования выявили существенное влияние степени разведения экстрактов тканей и их вида на активность изученных энзимов. Выявлена определенная тенденция повышения активности энзимов по мере увеличения разведения экстрактов, но до определенного предела и в зависимости от вида ткани. Возможно, что разведение экстрактов тканей способствует снижению концентрации ингибиторов энзимов.

Мартусевич Н.А.

ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИНДРОМОМ ШЕГРЕНА

Минский государственный медицинский университет,
кафедра внутренних болезней №1

Введение. Как известно, первичный синдром Шегрена (ПСШ) является наиболее частой и наименее изученной патологией среди диффузных заболеваний соединительной ткани. Развитие тяжелых офтальмологических и стоматологических осложнений существенно изменяет качество жизни пациентов, является причиной стойкой утраты трудоспособности. В связи с этим существенное значение приобретает разработка схем патогенетической терапии у пациентов ПСШ с тяжелыми инвалидизирующими поражениями органов и систем.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности приема препаратов базисной терапии у пациентов с максимально нарушенной функцией слюнных или слезных желез.

Материал и методы. Под наблюдением находились 16 пациенток с достоверным диагнозом ПСШ. Все обследуемые были лицами женского пола. Возраст больных на момент исследования составлял 46+2,3 года (от 38 до 52 лет), продолжительность заболевания – 10,5+1,3 года. В группе иссле-

дования преобладали пациенты с хроническим течением заболевания (14 человек – 87,5%) с минимальной и умеренной степенями активности (13 человек, 81%) болезни. В зависимости от превалирования в клинической симптоматике ксеростомии или ксерофтальмии все пациенты были подразделены на две группы. В первую (n=7) вошли больные с преимущественным нарушением функции слезных желез (ксерофтальмия III степени), что явилось причиной стойкой утраты трудоспособности у 57% пациентов (III группа инвалидности, 4 человека). Вторую группу (n=9) составили больные в клинической картине которых доминировала ксеростомия (III степень ксеростомии, поздняя стадия паренхиматозного паротита), что сопровождалось развитием инвалидности у 25% пациентов (трое больных). Всем больным был назначен хлорбутин (2-4 мг/день) в сочетании с медролом (4 мг/сут). Оценка эффективности терапии проводилась через 6 месяцев от начала лечения. До начала курса терапии и после его завершения (через 6 месяцев) проводилось комплексное обследование пациентов с оценкой клинического статуса, определением лабораторных показателей (общего, биохимического и иммунологического анализов крови, мочи), исследованием функциональных показателей слюнных (сиалометрия - базальный уровень и со стимуляцией аскорбиновой кислотой) и слезных желез (тест Ширмера со стимуляцией).

Результаты и обсуждение. Включение в схему лечения сочетанной терапии (хлорбутин+медрол) у пациентов с доминирующим поражением слезных желез и нарушением их функции (первая подгруппа) сопровождалось достоверным снижением показателей клинико-лабораторной активности заболевания; функциональная активность слезных желез при этом оставалась на прежнем уровне. Наиболее вероятным объяснением данному факту служит предположение о наличии необратимых структурных изменений в слезных железах и, как следствие, отсутствие положительной динамики в отношении слезовыделения при проведении иммуносупрессивной терапии. Прием препаратов патогенетической терапии у больных второй подгруппы значительно улучшал функциональные параметры слюнных желез: отмечалось статистически значимое повышение показателей сиалометрии (что соответствовало II стадии ксеростомии против III стадии до начала курса лечения). Выявлено достоверное снижение показателей, характеризующих клинико-лабораторную активность заболевания. Полученные результаты позволяют сделать предположение о том, что в основе улучшения функциональной активности слюнных желез лежит уменьшение выраженности иммунного воспаления и, как следствие, снижение степени лимфоидной инфильтрации органов-мишений.

Выводы. Таким образом, выявлен различный эффект препаратов патогененической терапии на функциональные параметры слюнных и слезных желез у больных ПСШ: отчетливая положительная динамика при выраженной ксеростомии и отсутствие эффекта при значительном нарушении функции слезных желез. Полученные результаты позволяют рекомендовать вышеуказанную схему терапии как эффективную при лечении ксеростомии вследствие поражения слюнных желез и указывают на ее неэффективность при ксерофтальмии. Дифференцированный подход к назначению базисных препаратов составляет основу медицинского этапа реабилитации больных ПСШ, является важным компонентом первичной и вторичной профилактики инвалидности у данных пациентов.

Масина И.В., Аршинов А.В., Левшин Н.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С СИНДРОМОМ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ КРОВИ

Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия

Цель: оценка эффективности применения непрямого антикоагулянта варфарина у больных СКВ с гиперкоагуляционным состоянием системы гемостаза.

Материалы и методы: обследовано 8 женщин больных СКВ, средний возраст – 40,1 г., активность по шкале SLEDAL – 12,4±3,2 балла. Подострое течение наблюдалось у 5-и, хроническое у 3-х больных. У 3-х пациенток были клинические проявления антифосфолипидного синдрома (АФЛ) в виде сетчатого ливедо, у одной – выкидыши и нарушение мозгового кровообращения, у одной в анамнезе кишечное и маточное кровотечения. Все больные получали терапию преднизолоном в суточной дозе 15мг. Для оценки коагуляционного гемостаза использовались следующие коагулометрические исследования: активированное время свертывания крови (АВР), протромбиновое время (протромбиновый индекс – ПТИ), определение концентрации растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК), концентрации фибриногена, активности антитромбина III (АТ III), системы протеина С, качественное определение Д-димера, определение МНО.

Результаты: до назначения терапии варфарином у больных СКВ было отмечено повышение концентрации фибриногена 3,8±1,1г/л, РФМК 4,2±0,83х10г/л, ПТИ 99,2±1,48%, концентрация Д-димера у всех пациенток превышала 500нг/мл, наблюдалось снижение активности АТ III 88,23±17,85%, МНО составило 1,2. Исходя из этого, к терапии был подключен оральный антикоагулянт варфарин в дозе 2,5 мг/сут. Повторное исследование гемостазиологических параметров проводилось через 14 дней от начала терапии. По полученным данным отмечено снижение фибриногена до 3,3±0,4г/л (14%), концентрации РФМК до 3,54±0,8х10г/л (16,7%), ПТИ до83,7%, содержание Д-димера у 5 больных из 8-ми стало меньше 500 нг/мл, наблюдался рост АТ III на 17,5%, удлинение МНО до 1,9. Существенных изменений со стороны протеина С не отмечено. Осложнение в виде незначительного кишечного кровотечения наблюдалось у одной больной на 12 день приема препарата, которое прекратилось на 2-е сутки после его отмены.

Обсуждение: можно констатировать, что у больных СКВ отмечается активация плазменного гемостаза, это находит свое отражение в повышении значений маркеров тромбинемии (РФМК, фибриногена, Д-димера), увеличение ПТИ сигнализирует об активации свертывания по внешнему пути. Выявлено некоторое снижение активности системы естественных антикоагулянтов. Данные изменения свидетельствуют о повышенном риске развития тромботических осложнений у данной категории больных. Отсутствие клинических проявлений не должно успокаивать врача, поскольку их развитие может быть отсрочено, либо происходить на микроциркуляторном уровне, вызывая микротромбирование, ишемию и повреждение тканей и органов-

мишеней. Данные результаты обуславливают необходимость проведения коррегирующей терапии, в частности оральными антикоагулянтами. На фоне приема варфарина у больных наблюдается значительная тенденция к нормализации гемостазиологических показателей (снижение концентрации РФМК, фибриногена, Д-димера, ПТИ), рост активности системы естественных антикоагулянтов, удлинение МНО

Выводы: Проведение гемостазиологических исследований показано больным СКВ. Полученные результаты позволяют говорить об эффективном антикоагуляционном действии низких нагрузочных доз варфарина. Мониторинг коагулологических показателей необходимо проводить у всех больных СКВ получающих терапию антикоагулянтами, для контроля за эффективностью терапии и предотвращения геморрагических осложнений.

Маслянский А.Л., Лапин С.В., Тотолян А.А., Мазуров В.И.

ЛОКАЛЬНАЯ ПРОДУКЦИЯ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Лаборатория клинической иммунологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова
Медицинская академия постдипломного образования,
кафедра терапии №1, Санкт-Петербург, Россия

Наряду с ревматоидным фактором (РФ), антикератиновые антитела (АКА), антиперинуклеарный фактор (АПФ) антинейтрофильные антитела (ANCA) и антинуклеарные антитела (АНА) значительно расширяют возможности иммунологической диагностики ревматоидного артрита. Определение концентрации антител в синовиальной жидкости больных РА может служить дополнительным диагностическим критерием.

Для определения диагностической значимости этих показателей в клинике была собрана группа из 140 больных с ревматоидным артритом с длительностью заболевания в среднем 6 лет (от 22 лет до полугода). Группу сравнения составили 20 больных с остеоартритом, 20 больных с серонегативными спондилоартропатиями, 30 больных с бронхиальной астмой.

Методы: Антитела выявлялись с помощью метода непрямой иммунофлюоресценции. В качестве субстрата использовались нефиксированные криосрезы пищевода крысы толщиной 5 мкм. Титр АКА более 1:10 считался позитивным. Для выявления АПФ использовались клетки буккального эпителия здорового донора. Для обнаружения ANCA использовались нейтрофилы доноров 0(I) группы крови. Титр более 1:20 признавался диагностически значимым. Для выявления АНА использовалась человеческая линия Hep-2. Титр более 1:160 являлся диагностическим, описывался тип свечения ядра.

Результаты и обсуждение: На момент обследования у всех больных отмечалась 2-3 степень активности заболевания, средний возраст составил 50 лет. Среди больных встречаемость АКА составила 30%, АНА присутствовали в 17% случаев. У больных с АКА чаще выявлялась системные проявления заболевания: лихорадка, лимфаденопатия, похудание и амиотрофия. Необходимо отметить, что количество экстрартикулярных проявлений коррелировало с титром АКА. Не наблюдалось связи между инвалидизацией, стадией заболевания и титром АКА.

Концентрации аутоантител в синовиальной жидкости могут превышать сывороточные концентрации антител. Таким образом, аутоантитела в синовиальной жидкости могут являться ценным маркером ревматоидного артрита.

Меньшикова Л.В., Грудинина О.В., Храмцова Н.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Институт усовершенствования врачей, Областной центр диагностики и профилактики ревматических заболеваний и остеопороза, Иркутск

Целью исследования явилось изучение частоты остеопороза и переломов конечностей среди лиц старше 50 лет в Иркутской области.

Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом DEXA на аппарате «DPX-IQ» («Lunar», США) в популяционной выборке женщин старше 50 лет, проживающих в г.Иркутске. Остеопороз по двум областям измерения (поясничный отдел позвоночника и проксимальный отдел бедренной кости) выявлен у 29,2% женщин. В поясничном отделе позвоночника частота остеопороза составила 24,7%, в проксимальном отделе бедра (total hip)– 16,3%, в области шейки бедра – 19,7%. Остеопения обнаружена у 40,4% женщин по двум областям измерения (в позвоночнике у 44,9%, в бедренной кости – 47,2%).Частота остеопороза нарастала с возрастом и среди лиц старше 70 лет составила 46,4%.Потеря МПКТ с возрастом (от 50-54 лет до 75 лет и старше) составила в поясничном отделе позвоночника 17,2%; в проксимальном отделе бедра – 13,9%.

За шестилетний период (1992-1995 гг.) в трех городах области зарегистрировано 467 переломов проксимального отдела бедренной кости при минимальной травме, в Иркутске за 3 года – 660 переломов. Переломы бедренной кости достоверно чаще встречались – 153,1 на 100000 населения, против 101,4 /100000 у мужчин ($p<0,00001$). Выделены города с высокой, средней и низкой частотой переломов. Частота переломов увеличивалась с возрастом у лиц обоего пола. В возрастной группе до 60 лет переломы достоверно чаще имели место у мужчин – 30,1 против 16,3/100000 у женщин. Наибольшая частота переломов приходится на возраст 80 лет и старше, составляя 577,6 у женщин и 259,5/100000 у мужчин ($p=0,002$). Количество переломов в этой группе у женщин оказалось в 8 раз больше, а соотношение мужчины/женщины составило 1:2,2. Анализ частоты переломов по годам выявил достоверное увеличение частоты переломов бедра у мужчин.

Переломов дистального отдела предплечья было зарегистрировано 5298, составив 720,2 у женщин и 146,5/100000 у мужчин ($p<0,001$). У женщин переломы предплечья встречались в 6 раз чаще, чем у мужчин, а соотношение мужчины/женщины по частоте переломов составило 1:3,6. Анализ частоты переломов по пятилетним стратам показал, что наименьшая частота переломов была у женщин в возрасте 50-54 года – 472,7/100000 с максимальными показателями в возрастной группе 70-74 года – 980/100000 среди женщин и 174/100000 у мужчин. После 80 лет отмечалось резкое снижение частоты переломов у лиц обоего пола (678,8 у женщин и 21,6/100000 у муж-

чин). Отмечалась сезонность возникновения переломов дистального отдела предплечья – чаще встречались с октября по март месяц, когда имелся на улицах снег, гололед и увеличивался риск падения. Не было выявлено достоверного изменения частоты переломов предплечья за анализируемый период.

Таким образом, проведено исследование показало высокую частоту остеопороза и остеопении, а также переломов конечностей среди лиц старше 50 лет, проживающих в Иркутской области.

Меньшикова И.В., Маколкин В.И.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кафедра факультетской терапии №1 лечебного факультета ММА имени И.М.Сеченова, Москва, Россия

Остеоартроз (ОА) является одним из самых распространенных ревматических заболеваний и часто служит причиной временной нетрудоспособности. В основе его лежат дегенеративно-дистрофические процессы в суставном хряще, хотя по последним данным существенную роль играют и воспалительные реакции. Вопросы лечения ОА активно разрабатываются как ревматологами, так и врачами других специальностей.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности внутрисуставной озонотерапии у больных ОА. Для получения озона использовалась установка «Медозон» УОТА-60-01. Озон в дозе 300 мкг (20 мл) вводился в коленные суставы через верхне-наружный доступ в положении больного лежа на спине с частотой 3 раза в неделю. Количество введений на курс составляло от 7 до 10. Метод внутрисуставной озонотерапии применен у 52 больных ОА в возрасте 47-80 лет (в среднем 60,7 лет). Среди пациентов преобладали женщины – 45 человек, мужчин было 7. У большинства больных были поражены оба коленных сустава, при этом 2 рентгенологическая стадия ОА (по Kellgren) отмечалась у 25 человек (48%), 3 стадия – у 27 (52%). Половине больных проводилось изолированное введение озона, половине – в сочетании с препаратом Zeel T фирмы Heel (ФРГ) по 2.2 мл. Кроме того, большинство пациентов получали НПВП, часть из них физиотерапевтическое лечение (лазеро- и магнитотерапию, массаж, иглорефлексотерапию). Для оценки эффективности лечения использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) боли при ходьбе и суммарный индекс Лекена до начала озонотерапии и после ее окончания.

Следует отметить хорошую переносимость озонотерапии (лишь у 1 больной курс был прерван после 2 сеанса из-за выраженной болевой реакции на введение озона). 7 больным были проведены повторные курсы внутрисуставного введения озона через 6 мес. 11 больным предварительно была выполнена лечебно-диагностическая артроскопия коленного сустава, у 7 из них выявлено глубокое остеохондральное поражение хряща мыщелков бедра (хондромаляция 4 ст).

Результаты проведенного лечения можно оценить как хорошие и удовлетворительные у всех больных. Выраженность боли в коленных суставах при ходьбе по ВАШ уменьшилась в среднем с 72 до 34 мм, т.е. более, чем в 2

раза. Суммарный индекс Лекена также уменьшился, как правило на 1-2 ступени. Если до начала лечения у большинства пациентов он составлял 12 и более баллов, т.е. тяжесть гонартроза можно было характеризовать как резко выраженную, то после курса лечения индекс Лекена составлял 7-11 баллов, т.е. тяжесть заболевания уменьшилсь до средней или выраженной.

Наш опыт применения внутрисуставного введения озона в коленные суставы позволяет рекомендовать его как эффективный и недорогой метод локальной терапии ОА, который может использоваться как в комплексной терапии, так и изолированно при наличии противопоказаний к применению НПВП и физиотерапевтических процедур.

Мозговая Е.Э., Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Кудряков Р.Ш., Надирадзе С.Б., Хортиева С.С.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ГЛИКОЛИЗА В ЭКСТРАКТАХ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

В экстрактах тканей левого, правого предсердий, левого и правого желудочков сердца у 5 больных системной красной волчанкой (СКВ), летальный исход у которых наступил в результате тромбоэмболий легочных артерий, определяли активность активность энзимов анаэробного гликолиза: гексокиназы (ГК), фосфоглюкомутазы (ФГМ), фосфофруктокиназы (ФФК) и пируваткиназы (ПК). Материал для исследований брался в первые 6-8 часов после смерти. Конкретную группу составили 10 практически здоровых людей, погибших в результате несчастных случаев.

Проведенные исследования выявили существенные изменения активности энзимов при СКВ.

В левом предсердии по сравнению с контролем выявлено повышение активности ГК на 984% ($p<0,001$), ФГМ – на 359% ($p<0,001$), ФФК – на 96% ($p<0,05$) и ПК – на 221% ($p<0,001$).

В правом предсердии – повышение активности ГК на 706% ($p<0,001$), ФГМ – на 271% ($p<0,001$),ФФК – на 48% ($p<0,05$) и ПК – на 66% ($p<0,01$).

В левом желудочке – повышение активности ГК на 431% ($p<0,001$), ФГМ – на 187% ($p<0,001$). Активность ФФК и ПК была повышена недостоверно (38% и 22%).

В правом желудочке - повышение активности ФГМ на 137% ($p<0,001$), ГК на 530% ($p<0,001$), ПК – на 61% ($p<0,05$), ФФК – на 35% ($p>0,05$).

Таким образом, проведенные энзимные исследования выявили существенное повышение активности большинства изученных энзимов гликолиза в тканях сердца при СКВ. Причем, повышение активности всех энзимов в предсердиях было больше, чем в желудочках, а в левых предсердиях больше, чем в правых. Выявленные энзимные изменения свидетельствуют о гипоксии тканей сердца при СКВ, связанной с нарушением микроциркуляции, что влечет за собой повышение интенсивности процессов анаэробного гликолиза с целью ликвидации дефицита макроэргическиих соединений.

Мызгын В.Н., Некрасова С.П., Хортиева С.С., Морозова Т.А., Левкина М.В.

АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА, ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ И ИХ ИЗОЭНЗИМНЫЕ СПЕКТРЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ В НЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ РЕВМАТИЗМА И ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВОЗВРАТНОГО РЕВМОКАРДИТА

Кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоград, Россия

Под наблюдением находились 89 больных ревматизмом. У 27 из них определялась неактивная фаза болезни, а у 62 - I степень активности патологического процесса и затяжное течение возвратного ревмокардита. Средний возраст больных в неактивной фазе - 41,2 ± 3,5 лет. Из них 19 (70,4%) женщин и 8 (29,6%) мужчин. Комбинированный митральный порок (КМП) сердца определялся у 16 (59,3%), недостаточность митрального клапана (НМК) - у 4 (14,8%), комбинированный аортальный порок (КАП) - у 3 (11,1%), комбинированный митральный порок и стеноз устья аорты - у 4 (14,8%) больных. У всех больных в неактивной фазе выявлена I стадия недостаточности кровообращения. Из 62 больных с затяжным течением было 46 (74,2%) женщин и 16 (25,8%) мужчин. Средний возраст больных - 39,3±2,9 лет. Недостаточность кровообращения I стадии (Н-I) определялась у 15 (24,2%), Н-2А - у 40 (64,5%) и Н-2Б - у 7 (11,3%) больных. Структура пороков сердца у больных данной группы: КМП - у 42 (67,7%) больных, КАЛ - у 7(11,3%), КМП в сочетании со стенозом устья аорты - у 8 (12,9%), НМК - у 3 (4,8%), митральный стеноз - у 2 (3,2%) больных.

У всех больных в сыворотке крови определялась активность холинэстеразы (ХЭ) по методу Хэстрина (1969), церулоплазмина (ЦП) по методу Э. Тена (1981). Изоферменты ХЭ и ЦП разделяли в 10% полиакриламилном геле по Мауреру (1971) с выявлением изоэнзимов ХЭ по А. Бресткину (1977) и ЦП - по методу Э. Ларского (1971). Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей. В крови здоровых людей активность ХЭ составила 206±6,0 мкмоль/мл/час, ЦП - 25,6±1,4 мг%. У здоровых людей выявлены изоэнзимы ХЭ (в %): ХЭ-1 (27,1±0,57), ХЭ-2 (16,1±0,53), ХЭ-3 (12,1±0.65) и ХЭ-4 (44,7±1,2) и 2 изоэнзима ЦП: ЦП-1 (47,5±0,5) и ЦП-2 (52,5±0,5). Существенных различий показателей активности ЦП, ХЭ и их изоферментов от пола, возраста и групп крови выявлено не было.

В сыворотке крови больных с неактивной фазой выявлено повышение активности ЦП до 28,0±1,9 мг% ($p<0,05$). Активность ХЭ не имела существенных различий по сравнению со здоровыми - 198,9±6,1 мкмоль/л/час ($p<0,05$). В изоэнзимных спектрах ЦП и ХЭ больных, как и здоровых, выявлено по 2 изоэнзима ЦП и 4 - ХЭ, но их соотношения имели некоторые отличия. У больных в неактивной фазе выявлено увеличение ЦП-2 и уменьшение ЦП-1 ($p<0,05$). Изоэнзимные спектры ХЭ не имели существенных различий от показателей здоровых лиц.

У больных с затяжным течением ревматизма при поступлении на лечение выявлено повышение активности ЦП ($p<0,01$), увеличение ЦП-2 ($p<0,001$), снижение активности ХЭ ($p<0,05$) и изоэнзимов ХЭ-1 ($p<0,05$). По сравнению с неактивной фазой, при затяжном течении меньше изоэнзимы ХЭ-1 ($p<0,01$) и больше ЦП-2 ($p<0,01$). По окончании курса лечения отмечалось уменьшение ЦП-2 ($p<0,001$), увеличение ХЭ-1 ($p<0,05$) и активности ХЭ ($p<0,05$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что изоэнзимы ЦП и ХЭ могут служить чувствительными индикаторами активности ревматического процесса.

Мякишев М.В., Грехов Р.А., Деревянко Л.А., Фофанова Н.А., Зборовский А.Б.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДА СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Целью работы было изучение сравнительной эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии (СРЭМТ) и общепринятых методов лечения больных ревматоидным артритом (РА), а также изучение отдаленных результатов СРЭМТ в течение года после лечения. Сущность метода – воздействие на организм переменным электромагнитным полем, параметры которого соответствуют частотам спонтанной биопотенциальной активности органов и тканей здорового организма.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 70 больных РА в возрасте от 20 до 60 лет, преимущественно с суставной формой заболевания. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по клиническим характеристикам. 40 больных основной группы на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), получали ежедневные сеансы СРЭМТ на аппарате «РЕМАТЕРП» (ГУП МОКБ «Марс», Россия) в течение 14 дней. Контрольная группа, состоявшая из 30 человек, получала аналогичное медикаментозное лечение в сочетании с физиотерапевтическими процедурами. Анализ эффективности лечения проводился путем изучения динамики обязательных клинико-лабораторных показателей эффективности терапии и их сопоставления у больных основной и контрольной групп. При этом сравнивались не только средние для этих групп величины отдельных показателей, но также определялась и эффективность лечения у каждого больного индивидуально.

Результаты: В основной группе через две недели лечения положительная динамика наблюдалась у 37 больных, тогда как в контрольной – лишь у 20. Неудовлетворительные результаты лечения в основной группе отмечены у 3 больных, в контрольной – у 10. Результаты лечения были достоверно лучшими в основной группе больных РА (χ^2 = 7,57; $p<0,01$).В контрольной группе больных отмечалось, в основном, уменьшение болевого синдрома и улучшение функции суставов. В основной группе наблюдался, кроме этого, достоверный противовоспалительный эффект.

Для оценки стабильности эффекта СРЭМТ представляет интерес изучение отдаленных результатов. Сравнивались клинические показатели больных после курса лечения и через год при отсутствии явных обострений, либо во время первого после курса лечения выраженного обострения суставного синдрома. В основной группе больных, получавших СРЭМТ, сохранялось ста-

бильное улучшение в течение года у 26 из 37 больных, у 11 больных обострение суставного синдрома возникло через 5 – 8 месяцев. В контрольной группе, стабильное улучшение в течение года было у 8 больных, ухудшение – у 12 через 2 – 6 месяцев. Следует подчеркнуть, что стабилизация эффекта в случаях сохраняющегося улучшения имела место на фоне продолжающегося приема адекватных доз противовоспалительных препаратов. Таким образом, в основной группе больных стабильное улучшение в течение года отмечалось в достоверно большем числе случаев, чем в контрольной группе ($\chi^2 = 4{,}94$; $p<0{,}05$).

Выводы

Применение СРЭМТ в комплексной терапии РА является более эффективным и вызывает более продолжительное клиническое улучшение, чем традиционные схемы лечения, включающие назначение НПВП и физиотерапии.

Мякишев М.В., Грехов Р.А., Деревянко Л.И., Фофанова Н.А., Зборовский А.Б.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРУКТУРНО-РЕЗОНАНСНОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

С учетом патогенетических аспектов первичной фибромиалгии (ПФ), существенная роль в возникновении, развитии и поддержании ее клинических проявлений отводится депрессии. В связи с этим, антидепрессанты в настоящее время широко используются в терапии ПФ. Большой интерес представляет изучение эффективности немедикаментозных методов лечения ПФ. Структурно-резонансная электромагнитная терапия (СРЭМТ) – лечебная методика, в основе которой лежит воздействие на организм переменным электромагнитным полем, параметры которого соответствуют частотам спонтанной биопотенциальной активности (СБА) органов и тканей здорового организма.

Цель работы: изучение эффективности СРЭМТ у больных ПФ.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 54 амбулаторных больных ПФ, которые были разделены на три группы. 20 больным 1-й группы на фоне приема антидепрессантов (коаксил) проводились ежедневные сеансы СРЭМТ на аппарате «РЕМАТЕРП» (ГУП МОКБ «Марс», Россия). Курс лечения – 14 сеансов. 2-я группа, состоявшая из 18 человек, получала аналогичное медикаментозное лечение и СРЭМТ в холостом режиме (аппарат был включен, но воздействие не осуществлялось). В 3-ю группу были включены 16 больных, получавших только антидепрессанты. Группы были сопоставимы по клинико-лабораторным характеристикам заболевания, оценка которых проводилась в начале и после двух недель лечения. Психологическое обследование включало методики Спилбергера-Ханина, Бека, САН (самочувствие, активность, настроение).

Результаты проведенных исследований показали наличие высокого уровня реактивной тревоги и депрессии у всех больных ПФ при первичном

обследовании. По окончании лечения у больных 1-й группы наблюдалось значительное улучшение состояния, выражавшееся в достоверной положительной динамике клинических показателей: уменьшении болевого синдрома, числа болезненных точек, уровня болевого порога, выраженности функциональных нарушений, улучшении качества сна, существенном снижении тревожно-депрессивных реакций; наблюдалась достоверная положительная динамика самочувствия, активности и настроения. Во 2-й и 3-й группах в процессе лечения отмечались сходные изменения показателей, отражающих клинический и психологический статус, однако, за исключением шкалы «настроение» методики САН, они были статистически недостоверными, возможно, вследствие недостаточного времени для проявления максимального эффекта антидепрессантов.

Выводы:

1. СРЭМТ является эффективным методом в комплексном лечении больных ПФ.
2. Включение СРЭМТ в комплексное лечение ПФ позволяет быстрее получить клиническое улучшение, чем изолированное применение антидепрессивных препаратов.

Никитина Н.В., Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е., Фофанова Н.А., Зборовская И.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
Кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, Волгоград, Россия

Анализ данных здоровья ликвидаторов Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) в последнее время является областью повышенного интереса с точки зрения оценки радиационных рисков неонкологической заболеваемости. Жалобы ликвидаторов ЧАЭС показывает, что всех их беспокоят боли в трубчатых костях и позвоночнике, возникшие у них после работ на ЧАЭС. Литературные данные о состоянии костной системы у лиц подвергшихся радиационному воздействию не многочисленные, а полученные результаты в ходе предыдущех работ, по мнению самих авторов, требуют дальнейшего углубленного изучения в этой области.

Цель исследования: изучение распространенности остеопороза среди ликвидаторов ЧАЭС.

Материалы и методы: было обследовано 160 мужчин в возрасте от 34 лет до 67 лет. Все обследованные являются участниками ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986-89 годах. Минеральная плотность кости определялась методом ультразвуковой остеоденситометрии с использованием аппарата «UBIS-3000» (Франция). Из биохимических маркеров костного метаболизма определялось: концентрация остеокальцина в сыворотке крови и cross laps в моче иммуноферментным методом с помощью наборов компании «OCTEOMETER» (Дании).

Результаты: У 64 (40%) из обследованных лиц был диагностирован остеопенический синдром, сопровождающийся жалобами на боли в костях и патологическими переломами костей в анамнезе, возникшие после работ в Чернобыле. Отмечалась локальная болезненность в трубчатых костях у 40% обследованных. Снижение роста ликвидаторы ЧАЭС не отмечали. При обследовании были выявлены симптомы гипокальциемии: многих ликвидаторов беспокоили чувство онемения, «ползания мурашек», судороги в нижних конечностях. Детальный анализ жалоб ликвидаторов установил возникновение болей в костях через несколько лет после работы на ЧАЭС, интенсивность болей, частота выявления остеопороза, выраженность гипокальциемии была сильнее у тех ликвидаторов, которые участвовали в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в 1986 году. Распространенность остеопенического синдрома была несколько выше у лиц, получивших большую дозу ионизирующего излучения. Средняя полученная доза ионнизирующей радиации составила 14,64±0,69 Рентген: при остеопорозе 15,8±1,08 Рентген, при нормальной минеральной плотности кости 13,86±0,9.

Концентрация остеокальцина у обследованных лиц была на нижней границе нормы только у 5 из обследованных с остеопенией уровень остеокальцина был выше нормы. Уровень cross laps в моче у всех обследованных был выше нормы. Изучение уровня остеокальцина в сыворотке крови показало, что у большей части обследованных остеопороз сопровождается пониженной активностью остеобластов и повышенной активностью остеокластов. В то же время у 5 обследованных выявлены высокие уровни остеокальцина, что может говорить о гетерогенности причин остеопороза у этих больных.

Таким образом, остеопороз является распространенным заболеванием среди лиц подвергшихся радиационному воздействию, его ранняя диагностика и своевременная фармакологическая коррекция может помочь предотвратить отдаленные последствия радиационного воздействия на организм человека и снизить число патологических переломов у данной категории больных.

Пересыпкин В.В., Щелкунов А.Г., Мозговая Е.А., Григорьянц С.Р.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВАЗОДИЛАТАТОРНОЙ И ВАЗОКОНСТРИКТОРНОЙ ФОРМ ЛЮМБОИШАЛГИЙ

ММУ поликлиника восстановительного лечения №1; ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Остеохондроз позвоночника является одной из самых распространенных патологий среди взрослого населения, как в нашей стране, так и во всем мире, занимает одно из первых мест среди причин временной нетрудоспособности (Белоусова Т.Е., 1995; Алексеев В.В., 2002). При этом данное заболевание может проявляться множеством разнообразных симптомокомплексов, имеющих патогенетические особенности. Поскольку эффективность применяемого в каждом конкретном случае лечения зависит от

правильности постановки диагноза, исследования, направленные на улучшение качества дифференциальной диагностики клинических форм остеохондроза позвоночника являются актуальными.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 90 больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (ОПОП) с рефлекторными болевыми синдромами, из них 52 с вазоконстрикторной (ВК) и 38 с вазодилататорной (ВД) формой люмбоишалгии (ЛИ). Из больных с ВК-формой ЛИ 33 (63,5%) были мужчины, 19 (36,5%) – женщины. Средний возраст больных составил 44,4±1,20 лет, средняя продолжительность заболевания – 5,65±0,26 лет. Прогредиентный тип течения наблюдался в 38,5%, стабильный – в 48,1% и регредиентный тип – в 13,5% случаев. Выраженные клинические проявления отмечались в 69,2%, слабовыраженные – в 30,8% наблюдений. Из рентгенологических признаков ОПОП снижение высоты межпозвонковых дисков выявлено у 80,8%, субхондральный склероз – у 78,8%, экзофиты – у 38,5%, явления спондилоартроза – у 19,2%, триада Бара – у 25,0%, вертебральные деформации – у 32,7% пациентов. Из больных с ВД-формой ЛИ 26 (68,4%) были мужчины и 12 (31,6%) – женщины. Средний возраст больных – 44,6±1,39 лет, средняя длительность болезни – 6,21±0,32 лет. Прогредиентный тип течения наблюдался в 31,6%, стабильный – в 52,6% и регредиентный – в 15,8% случаев. Выраженные клинические проявления отмечались у 25 (65,8%), слабовыраженные – у 13 (34,2%) больных. Снижение высоты межпозвонковых дисков выявлено у 73,7% больных, явления субхондрального склероза – у 71,1%, экзофиты – у 36,8%, явления спондилоартроза – в 18,4% , вертебральные деформации у 31,6% больных. Наряду с комплексным клинико-инструментальным обследованием у всех больных в сыворотке крови определяли активность аденозиндезаминазы, АМФ-дезаминазы, гуанозиндезаминазы, пуриннуклеозидфосфорилазы. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Результаты. У больных с ВК-формой ЛИ, по сравнению со здоровыми, в сыворотке крови определялось повышение активности АДА, ГДА, ПНФ ($p<0,01$) и снижение активности АМФДА ($p<0,01$). При ВД-форме ЛИ были выявлены другие изменения ферментативной активности. Данная группа больных отличалась от контроля более высокой активностью АМФДА, ГДА ($p<0,01$) и более низкой активностью АДА ($p<0,01$). У больных с прогредиентным течением и выраженными клиническими проявлениями при любой форме ЛИ изменения активности энзимов были более существенными, чем при стабильном, регредиентном течении и менее выраженных клинических проявлениях.

При ВК-форме ЛИ, по сравнению с ВД-формой, определялись более высокие показатели активности АДА, ГДА, ПНФ ($p<0,01$) и более низкая активность АМФДА ($p<0,01$). Наряду с клиническими данными при проведении дифференциальной диагностики ВК- и ВД-форм ЛИ следует учитывать, что при ВД-форме ЛИ активность АДА сыворотки крови, как правило, не превышает 8,0 МЕ, а при ВК-форме ЛИ активность АДА выше 8,0 МЕ.

Выводы. Таким образом, у больных ОПОП с различными формами ЛИ в фазе обострения выявлены разнообразные изменения сывороточной активности ряда энзимов пуринового метаболизма, зависящие от клинической формы ЛИ, характера течения и тяжести заболевания, что позволяет исполь-

зовать энзимные показатели в дифференциальной диагностике данных патологий.

Пизова Н.В., Вербицкая Е.И., Сысоева Е.Б., Масина И.В.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ И ЗЕРКАЛЬНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия

Цель: выявить частоту встречаемости зеркальных видов деятельности (ЗВД) - зеркальное рисование и зеркальное письмо - у больных системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД), получающих и не получающих базисную кортикостероидную терапию.

Методы и материалы: обследовано 25 пациенток с СКВ и 11 пациенток с ССД. Среди них 63,9% принимали глюкокортикостероиды (ГКС), средний возраст которых составил 54,4 года (1 группа). Во 2 группу вошли больные, не получающие ГКС (средний возраст – 47,1 лет). Течение заболевания в 1 и 2 группах было хроническим (43,5% и 60% соответственно), подострым (52,2% и 40% соответственно) и острым в 4,3% случаев в 1 группе. У пациентов 1 и 2 групп наблюдались минимальная (30,4% и 69,2% соответственно), умеренная (60,9% и 30,8% соответственно) и выраженная только у 8,7% в 1 группе степень активности иммунопатологического процесса. Всем обследованным проводилось комплексное клинико-неврологическое и функциональное обследование, тесты по выявлению способности к ЗВД, коагулограмма.

Результаты: среди пациентов, получающих ГКС (n=23), способность к ЗВД встречалась у 10 человек (43,5%), а среди не получающих ГКС (n=13) – у 8 человек (61,5%) ($r=0,035$, $p<0,05$). У больных не зависимо от проводимой терапии и способности к ЗВД были выявлены следующие основные клинические синдромы: пирамидный (88,9%), астенический (66,7%), цефалгический (71,4%), вестибулярно-атактический (92,9%), полинейропатия (78,6%). В 1 группе у больных, имеющих зеркальность (ЗВД (+)), и не имеющих таковую (ЗВД (-)), при проведении повторных биохимических исследований обнаружена тенденция к незначительному лейкоцитозу (средние значения количества лейкоцитов – 7,13 $x10^9$/л и 7,85$x10^9$/л соответственно). Средние показатели общего белка превышали норму у больных в 1 группе с ЗВД (+) и у всех пациентов во 2 группе (70-84 г/л). У всех больных отмечались нарушения коагулологических свойств крови. Наблюдалось повышение средних показателей: частично активированное время – 53,5''-61,6'', коалин-кефалиновое время – 57,5''-66,7'', тромбиновое время -23''-28,8'', фибриноген А – 3,45 г/л – 4,8 г/л., фактор VIII – 136,5%- 215,6%. Причем, более выраженные изменения были у лиц, имеющих способность к ЗВД как получающих ГКС, так и не получающих ГКС.

Выводы: 1. У больных, длительно получающих ГКС, чаще наблюдалась способность к ЗВД (зеркальное рисование и зеркальное письмо).

2. Не зависимо от проводимой терапии и способности к ЗВД у пациентов преобладали следующие клинические синдромы: пирамидный, астенический, цефалгический, вестибулярно-атактический, полинейропатия.

3. Нарушение свертывающей и противосвертывающей систем крови в обеих группах вариабельны от фазы гипокоагуляции до фазы гиперкоагуляции. У всех больных, особенно с ЗВД (+) отмечено повышение содержания фактора VIII, что является косвеным признаком повреждения эндотелия сосудов.

Учитывая полученные данные, необходимо дальнейшее изучение вышеописанных феноменов.

Писаревская О.В.

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

Целью исследования явилось изучение иммунологического статуса у больных с протезом митрального клапана сердца в отдаленном (от 1 года до 10 лет) послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 65 больных с протезом митрального клапана сердца. Пациентам проведены клинические, лабораторне (СОЭ, количество лейкоцитов крови, С-реактивный белок, белковые фракции крови), инструментальные (ЭКГ-графия, ЭхоКГ-графия, R^o-скопия грудной клетки) и иммунологические методы исследования, позволяющие определить активность ревматического процесса.

Полученные результаты. Полученные данные позволили разделить больных на 2 группы в зависимости от активности ревматического процесса. Первую группу составили 49 больных с протезом митрального клапана без признаков активности ревматического процесса, вторую – 16 больных, у которых имели место клинико-биохимические признаки активности 1-й степени. Результаты изучения иммунологического статуса свидетельствуют о достоверном снижении относительного количества Т и В-лимфоцитов, угнетении супрессорной функции Т-лимфоцитов, увеличении содержания Jg G, ЦИК и повышении активности НСТ-теста в обоих группах.

Уровень Jg G позволил выявить 13 больных с неактивной фазой ревматического процесса, у которых содержание Jg G на 2σ (σ - среднее квадратическое отклонение) превышало значение последнего в контрольной группе.

Анализ показателей НСТ-теста в каждом конкретном случае выявил превышение значений контрольной группы больше 2σ у 16 больных с неактивной фазой ревматического процесса.

Изменение не менее 2-х показателей из 3-х (T_γ, Jg G, НСТ-тест) выявлены у 64,5% больных с активным ревматическим процессом, у которых не были выявлены очаги хронической инфекции и бактериологически не подтверждено наличие стрептококка.

Обсуждение и выводы. Таким образом, иммунологические методы исследования выявили минимальную степень активности ревматизма, которая не определяется с помощью клинико-биохимических критериев и должны

использоваться в обязательном обследовании больных с неактивной фазой ревматизма с целью определения тактики лечения.

Писарчик П.Л., Твердохлиб Н.В., Багирова В.В.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель работы: Анализ клинических особенностей анемического синдрома у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы: Проанализировано 106 историй болезни пациентов с достоверным РА в возрасте от 16 до 72 лет. Нами оценивались анамнестические данные, клинический анализ крови, общий анализ мочи, уровень креатинина и мочевины крови, титр ревматоидного фактора.

Анемию констатировали, согласно данным ВОЗ, при содержании гемоглобина (Hb) у женщин ниже 120 г/л и у мужчин – 130 г/л и количестве эритроцитов у женщин ниже $3{,}9 \times 10^{12}$ / л и у мужчин – $4{,}0 \times 10^{12}$ / л. Больных разделили на 3 группы: 1-я – без анемии – 53 , 2-я – с анемией лёгкой степени тяжести (уровень Hb > 90 г/л) – 43 (81%) и 3-я - с анемией средней степени тяжести (уровень Hb – 90 – 70 г/л) – 10 (19%).

Результаты: Анемия у больных РА характеризовалась снижением Hb у 98% и эритроцитов – у 87% пациентов. Нормохромная анемия отмечена у 92% больных, гипохромная – у 8%.

В группе больных без анемии средняя давность заболевания составила 7 лет. Ревматоидный фактор был обнаружен у 57% пациентов. У больных данной группы преобладала II степень активности – 62%, I имелась у 32%, а III - лишь у 6%. Висцеральная патология встречалась у 13% обследованных и проявлялась преимущественно атрофией мышц вокруг пораженных суставов – у 30% и лимфоаденопатией – у 15%.

В группе больных с анемией легкой степени средняя давность заболевания была 9 лет. Ревматоидный фактор обнаружен у 74% пациентов. У больных преобладала II степень активности – 72%, I и III имелись соответственно у 16 и 12%. Висцеральная патология встречалась у 49% из них - атрофия мышц вокруг пораженных суставов – у 47% и миокардиодистрофия – у 16%.

В группе больных с анемией средней степени тяжести средняя давность заболевания составила 11 лет. Ревматоидный фактор обнаружен у 80% пациентов. У больных данной группы преобладала III - 50% и II - 40% степень активности. Висцеральная патология встречалась у 90% больных и проявлялась преимущественно атрофией мышц вокруг пораженных суставов – у 58% и миокардиодистрофией – у 14%.

Обсуждение: В группах больных РА с анемией степень ее выраженности возрастала в зависимости от давности заболевания (2-я группа – 9 лет, 3-я – 11 лет). Во всех исследуемых группах преобладали больные с серопозитивным вариантом заболевания, однако в группе больных без анемии эта тенденция была не так заметна. В группе больных РА с анемическим синдромом серопозитивность встречалась чаще у пациентов с более высокой степенью анемии. Активность воспалительного процесса влияла на степень выражен-

ности анемии. Так, среди больных 3-ей группы половина имела III степень активности заболевания, в то время как у больных 2-ой группы большинство - 72% имело II степень активности и лишь 12% - III. Выявляется связь между системными проявлениями РА и выраженностью анемии. При увеличении степени анемии увеличивается удельный вес больных с висцеральными поражениями (в 1-ой группе – 13%, во 2 –ой – 49%, в 3-ей – 90%).

Выводы:

1. Анемический синдром встречается у большинства больных с РА.
2. Степень выраженности анемии у больных РА нарастает при увеличении степени активности и давности заболевания.
3. Анемия чаще встречается при серопозитивном варианте РА.
4. У пациентов с РА, имеющих анемию висцеральная патология встречается чаще.

Погребная М.В., Ландышев Ю.С., Куцына З.А., Стеганцева В.В., Орлова Е.В., Фомина О.П., Попова В.А., Авдеева Н.В., Еременко С.И.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск, Россия

Достаточно широкая распространенность ревматоидного артрита (РА), особенно среди лиц трудоспособного возраста, прогрессирование заболевания, значительная инвалидизация больных определяют необходимость изучения иммунологических нарушений в патогенезе.

Цель: изучить клинико-иммунологические показатели ревматоидного артрита.

Материалы и методы: обследованы 2 группы: 1 – 8 больных РА было с длительностью заболевания до 1 года, 2 – 26 больных РА от 1 до 23 лет (средняя продолжительность заболевания - 14,6 лет). 30 женщин, 4 мужчины, средний возраст – 41,5 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Диагноз РА ставился на основании критериев АРА. Выполнено иммунологическое исследование: идентификация Т - , В – лимфоцитов (Т-л, В-л), субпопуляций Т-л методом Е – РОК с эритроцитами барана, определение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом осаждения ПЭГ с ММ – 6000 Да; уровня комплемента по 50% гемолизу; уровня иммуноглобулинов (Ig) IgA, IgM, IgG методом иммунодиффузии по Манчини.

Результаты и обсуждение: у 28 больных диагностировалась преимущественно суставная форма РА, у 6 имелись внесуставные проявления (лихорадка, ревматоидные узелки, анемия, потеря массы тела, гипотрофия мышц и др.) Клинически воспалительный процесс был выражен в период активности РА: отмечались дефигурации, а в последующем стойкие деформации суставов. При РА имело место симметричное поражение преимущественно мелких суставов кистей, стоп с последующим вовлечением новых групп, в т.ч. средних и крупных суставов. Лабораторные признаки воспаления (лейкоцитоз, повышение СОЭ, СРБ, сиаловых кислот, фибриногена) были выражены особенно при III, II степени РА. Минимальная степень активно-

сти была у 4, II – у 22, III – у 8 больных. 24 больных были серопозитивны по ревматоидному фактору, титры которого были различны, в 86% - диагностически значимы. Рентгенологически (Ro'') при РА выявлялись остеопороз, сужение суставных щелей, узурация соответственно Ro''-стадии по Штейнброкеру: II (16 чел.), III (9 чел.), I (5 чел), IV (4 чел.), более выраженные во 2 группе. 5 больных с продолжительностью заболевания до 6 месяцев получали НПВС, 12 – аминохинолиновые препараты и НПВС, 17 больных в качестве базисного средства получали метотрексат. В иммунологическом статусе выявлено повышение ЦИК у 55% больных РА. Иммунорегуляторный дисбаланс с недостаточностью цитотоксических Т-л был выражен в 80% случаев РА в особенности у больных 2 группы. Повышение уровня иммунорегуляторного индекса (ИРИ) отмечено у 50% больных. Дисиммуноглобулинемия с повышением IgG наблюдалась у 11, IgA – у 14, IgM – у 9 больных. Выявлены патологические изменения системы комплемента. Определен иммунодефицит преимущественно Т-клеточного типа у 15 больных.

Выводы: при РА выявлены иммунологические нарушения аутоиммуного характера, которые коррелировали со степенью активности, длительностью заболевания и лечением иммуносупрессивными средствами. Наличие дисбаланса клеточного и гуморального иммунитета обнаружены уже на ранних стадиях течения РА, что требует соответствующей корригирущей терапии.

Полуночев Г.Б, Марасаев В.В., Чучканов Ф.А., Луцкова Л.Н., Кузнецова В.М.

ПАРАЛЛЕЛИ ПОРАЖЕНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПО ДАННЫМ МРТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ)

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Целью данного исследования явилось изучение снижения очаговой оптической МРТ-плотности коленного сустава. Было обследовано 48 больных (26 ревматоидным артритом (РА) и 22 остеоартрозом (ОА), репрезентативных по полу и возрасту, у которых при МРТ-исследовании коленных суставов было выявлено очаговое снижение оптической МРТ-плотности.

Методы: исследование коленных суставов проводилось на магнитно-резонансном томографе фирмы Picker (США) резистивным магнитом напряженностью 0,1 Тл, с получением Т1 взвешенных томограмм, последовательность PS3D 50/20 (пространственное частичное насыщение), на специально приспособленной радиочастотной катушке для коленных суставов. Измеряли "МР-плотность" костной ткани сагиттального среза латерального и медиального мыщелка бедренной кости в области эпифизов по специально разработанной и унифицированной методике.

Результаты: у больных РА очаги имели, в основном, неправильную округлую форму размером от 2 до 30 мм. Реже встречались линейные очаги неправильной формы размером до 4мм. Очаги располагались в головке бедренной и большеберцовой кости.

При ОА очаги также имели неправильную округлую форму размером от 4 до 16 мм и располагались преимущественно в головке большеберцовой кости.

Отмечено, что при РА наиболее тесная корреляционная связь МР-плотности регистрировалась с активностью процесса, длительностью болезни, наличием системных проявлений и наличием гормонозависимости (r=+0,41; r=+0,34: r=+0,56 и r=+0,44 соответственно). При ОА, в отличие от РА, наиболее сильная связь была зафиксирована с возрастом больных, наличием синовита коленного сустава в анамнезе и варикозной болезнью нижних конечностей (r=+0,32; r=+0,41 и r=+0,54 соответственно).

Выводы: таким образом, очаговое снижение МР-плотности, интерпретируемое рядом исследователей как «инфаркт костного мозга», при РА связано с активностью болезни, синовитом и вероятно локальным васкулитом, что приводит к микротромбозам. При ОА – с нарушением кровообращения в области коленного сустава и вторичным синовитом. Не исключено, что именно появление очагового «инфаркта костного мозга» предшествует появлению в дальнейшем субхондральных кист.

Полянцев А.А., Мозговой П.В., Фролов Д.В.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ ТРОМБАНГИИТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Волгоградская медицинская академия,
Клиника общей хирургии им. А.А. Полянцева

Целью исследования явилось определение зависимости между результатами реконструктивных операций и выраженностью системного воспаления у больных болезнью Бюргера-Винивартера.

Материалы и методы. В качестве критерия активности тромбангиита (ТА) нами был использован индекс клинической активности васкулитов (ИКАВ) R.A. Luqmain et al. (1994 г.). Больные были разделены на две группы. Первая группа состояла из пациентов, находящихся в стадии ремиссии (общая сумма баллов ИКАВ была 0 или 1). Во второй группе пациенты находились в стадии обострении, где сумма баллов колебалась от 2 до 16. Всего нами было оперировано 39 больных. Первую группу составили 19 больных, вторую 20. Поражение подвздошно-бедренного артериального сегмента наблюдалось у 10 (25,64 %) больных, бедренно-подколенно-тибиального сегмента у 29 (74,36 %). Больным были выполнены различные виды восстановительных операций: шунтирование пораженного сегмента с использованием синтетического протеза у 7 (17,95 %), с использованием аутовенозного трансплантата у 18 (46,16 %), тромбэндартерэктомия у 14 (35,89 %). В предоперационном периоде всем больным выполнялось ультразвуковое исследование сосудов, артериография. Исследовали состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (функциональная активность тромбоцитов по G. Born, 1962 г.; антиагрегационная активность сосудистой стенки по К.М. Лапкину, 1981 г.). Исследование плазменного звена гемостаза проводили с помощью стандартного набора коагуляционных тестов. Результаты реконструк-

тивных операций оценивали в раннем послеоперационном периоде и в течение 5 лет после вмешательства.

Результаты исследования. Было выявлено наличие состояние тромбофилии у пациентов 1-ой группы. Данное состояние проявлялось увеличением функциональной активности тромбоцитов на 12,18 % ($p<0,05$), снижением антиагрегационной активности сосудистой стенки на 16,75 % ($p<0,05$), увеличением времени лизиса эуглобулинового сгустка на 14,65 мин ($p<0,05$), увеличением концентрации фибриногена на 1,27 г/л ($p<0,05$). Выявленная тенденция к гиперкоагуляции, очевидно, явилась одной из причин ухудшения непосредственных результатов реконструктивных операций у пациентов второй группы. Частота тромботических осложнений в первой группе в раннем послеоперационном периоде была у 5 (26,31 %) больных, во второй группе у 7 (35,00 %). Необходимо отметить, что тромбоз во второй группе чаще протекал с декомпенсацией кровообращения и несмотря на выполненные повторные операции заканчивался ретромбозом, что, в свою очередь, вынуждало выполнять высокие ампутации конечностей. В первой группе ампутация была выполнена 1 (5,26 %) пациенту, во второй в 6 (30,00 %) случаях, данная разница носила достоверный характер ($p<0,05$). Худшие результаты во второй группе нами получены и в отдаленном периоде. Кумулятивная проходимость шунтов и зон тромбэндартерэктомии через 5 лет составила в первой группе 68,42 %, во второй группе 50,00 %. Ампутация в отдаленном периоде была выполнена одному пациенту из первой группы.

Выводы. 1. Шкала оценки клинической активности васкулитов R.A. Luqman et al. (1994) является надежным прогностическим инструментом, позволяющим осуществлять отбор больных облитерирующим тромбангиитом на восстановительные сосудистые операции. 2. Наличие клинических признаков активности васкулита при облитерирующем тромбангиите является одним из противопоказаний к реконструктивным сосудистым операциям.

Прокопенко А.В., Виноградов А.А., Молодкина О.А.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Под ремоделированием (РМ) понимается адаптивная модификация функции и морфологии сердечно-сосудистой системы (ССС). Изменение степени РМ и снижение его прогрессирования, является основой предотвращения тяжелых сосудистых катастроф. Модификационные изменения сердца включают, как изменение конфигурации и формы полостей, так и нарушение функции, особенно диастолической функции миокарда, как предиктора сердечной недостаточности. РМ сосудистого русла включает стадии функциональных изменений, связанных с вазоконстрикцией на раздражение и нейрогуморальную стимуляцию, и морфологические стадии, характеризующиеся структурным изменением просвета сосудов вследствие утолщения и дегенерации медиального слоя. К сожалению, поднятые вопросы многоуровневого РМ ССС касаются в основном атеросклеротических поражений и из-

менений наблюдаемых при гипертонической болезни. Практически не затронуты вопросы РМ при системных васкулитах (СВ).

Целью работы является оценка выраженности РМ ССС при неспецифическом аортоартериите (НАА), выявление прямой и обратной взаимосвязи РМ сердца на функцию и РМ периферических сосудов. В работе использованы данные обследования 40 больных НАА, включающие результаты ЭХОкс, триплексного ангиосканирования различных сосудистых зон, траскраниального цветного допплеровского картирования. У 7 пациентов (15,5%) имела место дилятация анулоаортального кольца. Масса миокарда левого желудочка составляла 186,83±7,08 г (в оставшейся группе 160,83±6,99, P< 0,05), отмечалось изменение наполнения левого желудочка с преобладанием фазы позднего диастолического наполнения и ВИР более 90 мс. Определялось увеличение диаметра полости правого желудочка до 2,68±0,23 см (по всей группе 2,17±0,06 см). У 8 пациентов имелось расширение восходящего отдела аорты до 4,106±0,79 см диаметра.

С помощью вариационно-статистического анализа проведено изучение влияния данного фактора на кровообращение в брахиоцефальных ветвях и артериях верхних конечностей в этих подгруппах больных. Достоверно отмечено увеличение показателей работы левых отделов сердца. На данном фоне при одинаковых поражениях самих брахиоцефальных ветвей отмечалось достоверное снижение объема кровотока по брахиоцефальному стволу (0,933±0,067 л/мин и 1,286±0,052 л/мин) со снижением объемов кровотока на общих сонных артериях с обеих сторон (dex Flow = 0,798±0,056; 0,926±0,024 л/мин; sin - в меньшей степени: 0,690±0,050 и 0,823±0,037), снижение суммационного объемного кровоснабжения головного мозга. С помощью статистического анализа проведена оценка влияния расширения дуги аорты на показатели центральной гемодинамики (ЦГД) и состояние кровообращения брахиоцефального русла. Все больные были распределены на 5 подгрупп по отношению к расширению дуги аорты: I - без расширения (16 пациентов), II - с минимальным расширением (4 пациента), III - с расширением до 20% диаметра(4 пациента), IV - до 30% (5 пациентов) и V - с расширением дуги более 30% диаметра(8 пациентов). При анализе ЦГД статистически достоверных отклонений в подгруппах получено не было. При исследовании мозговой гемодинамики отмечается заинтересованность левых отделов в IV и V подгруппах больных, выражающаяся в снижении объема кровотока (вн.сонная I-498±43мл; IV-314±22мл;V-306±21мл; P<0,05; в группе здоровых-547±13мл; P<0,05; нар. сонная I-393±34; IV - 288±27мл; V 255±9мл; P<0,05; в группе здоровых - 347±19 мл; P<0,05), а также возрастании индексов асимметрии скорости кровотока и объема. Достоверного влияния на кровоснабжение верхних конечностей получено не было. По представленным результатам наблюдается взаимное влияние изменений в центральном и периферическом звеньях кровообращения при НАА.

Прокопенко А.В., Виноградов А.А., Молодкина О.А.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия

В последние годы отмечается рост количества заболеваний, характеризующихся воспалительными изменениями сосудистой стенки составляя сущность патологического процесса при системых васкулитах (СВ), определяя клинику, течение и прогноз. Сосуды, являясь активной, функциональной системой, реагирующей на все процессы в организме человека. Эндотелий сосудов – это система продуцирующая биологически активные вещества, спектр которых включает вазоактивные субстанции и медиаторы воспаления. Разнообразие ответа сосудистого русла на различные факторы раздражения позволяет выделять проблему эндотелий зависимых реактивных состояний. Поражение эндотелиальной выстилки, а тем более нарушение реактивности данного субстрата предшествует целому ряду нозологических сосудистых форм. Вазодилятирующий эффект свободных радикальных NO групп существенно изменяется при поражении эндотелия.

В нашей работе использована методика ответа периферического сосудистого русла на гемодинамическую нагрузку (проба с постоклюзионной гиперемией и с нитроглицерином) с регистрацией показателей кровотока и визуальной оценкой диаметра артерии при помощи комплексных ультразвуковых методик. Использованы данные обследования 27 пациентов системными васкулитами (СВ), 50 пациентов начальными формами атеросклеротического поражения(АП) сосудистого русла, 20 пациентов с гипертонической болезнью(ГБ), а также группа здоровых лиц (ЗЛ).

Найдены критерии различия формы допплерограммы (ДП) в группе больных от группы ЗЛ, проявляющиеся в удлиннении катакроты систолического пика. Имеется различие в исходных показателях кровотока по неизмененным периферическим сосудам в группе больных, так средняя скорость кровотока (ССК) в плечевой артерии составляла 16,37+5,1 см/с, при показателях в группе ЗЛ 8,12±5,9 см/с. Увеличение ССК по сосудам в группе больных сопровождается удлинением продолжительности систолической фазы цикла. Изменение реактивности эндотелия в группе больных проявлялось в низкой вазодилятации при компрессионной пробе и низких пусковых линейных скоростях кровотока. Максимальная линейная скорость кровотока на момент пуска после компрессионной пробы в группе больных атеросклерозом составляла 149,76+3,1 см/с, что на 20 % ниже, чем в группе ЗЛ. Подобные сосудистые нарушения наблюдались и при СВ, но в меньшей степени выраженности, на 14,6% ниже чем в группе ЗЛ. Так же выявлены изменения в первом постсистолическом пике допплерограммы потока (ППДП). В норме он отрицательный –6,36±1,32 см/с, а при патологии он становиться положительным, а скорость увеличивается до 37,42±3,2 см/с. Изменения реактивности касаются не только формы ДП кривой, но и процессов восстановления начального уровня гемодинамики. Так при АП возврат к начальной форме и скоростным показателям происходит быстрее чем в норме, а при СВ и ГБ, наоборот, происходит удлинение периода восстановления. ССК в группе ЗЛ к

4 минуте восстановительного периода составляла 7,79 ±5,5 см/с, то в группе больных СВ она составляла 16,98±5,1 см/с. Имеются различия в реакции сосудов на нитроглицерин. Оценить их можно по уровню нормализации первого ППДП. Так при атеросклеротическом поражении его скорость снижается всего лишь на 10-13%, тогда как при гипертонической болезни и СВ происходит патологическая инверсия ППДП. По этим данным можно судить о способности сосудистой стенки реагировать на NO-соединения.

Таким образом методика неинвазивной оценки вазодилятирующей функции эндотелия весьма перспективна в превентивном определении нарушения функции сосудистой выстилки в группах больных с риском сосудистой патологии.

Прудников Г.А., Кубарко А.И., Полянская А.В., Короткевич Т.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КИСЛОТНО–ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ И ИММУНО-ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель работы состояла в изучении взаимосвязи кислотно-основного состояния (КОС) крови с иммунным статусом и кортизол продуцирующей функцией надпочечников при ревматоидном артрите (РА).

Обследовано 18 женщин (средний возраст – 52.4±4.6 года) с РА 1-ой (n=11) и 2-ой (n=7) степени активности. Для оценки иммуно-гормонального статуса определялось количество лейкоцитов, абсолютное и относительное количество Т и В лимфоцитов (Т-л, В-л), активных Т-л (аТ-л), Т-хелперов (Т-х), Т-супрессоров (Т-с), уровень lg G, A, M, активность коплемента по 50% гемолизу, уровень кортизола в крови, вычислялось соотношение Т-х/Т-с. КОС исследовалось на аппарате ABL-330, на котором измерялись кислотность (pH),парциальное давление кислорода и углекислого газа (pO2 и pCO2),общий CO2 плазмы (TCO2, в ммоль/л), бикарбонат плазмы и стандартный бикарбонат (HCO3 и SBC, в ммоль/л),суммарная концентрация буферных анионов и истинный избыток оснований (SBE и ABE, в ммоль/л), насыщение гемоглобина кислородом (SAT, в %). Группу конторолля составило 8 женщин доноров (средний возраст – 45.6±3.3 года).

Корреляционный анализ выявил отрицательную связь мужду уровнем pH и СОЭ (r= -0.56), положительную связь между pH и Т-л (r= 0.53), pH и аТ-л (r=0.62), pH и активностью комплемента (r= 0.52), положительную связь между pH и уровнем кортизола (r= 0.69),$p < 0.05$. У 10 больных с некомпенсированным метаболическим ацидозом (pH= 7.23±0.02, pCO2= 48.0±2.2, ABE= -3.3±1.4) отмечались большие значения СОЭ (26.8±4.5), абсолютное и относительное количество аТ-л (0.36 млн/мл и 32%), Т-с (0.38 млн/мл и 75%), В-л (0.16 млн/мл и 11%), lg G, A, M (18.7, 3.0, 2.6 г/л), активность комплемента (57.2±3.8 ел.) и меньшее значение Т-л (1.12 млн/мл и 75%), Т-х (0.74 млн/мл и 52%), Т-х/Т-с (2.26), уровень кортизола (265.5±10.2 нмоль/л), чем у 6 пациентов с компенсированным ацидозом (pH= 7.31± 0.03, pCO2= 36.8±4.0, ABE= -6.7±1.2) – (15.3±3.1; 0.31млн./мл и 26%; 0.30

млн./мл и 21%; 0.14 млн./мл и 9.4%; 11.1, 2.6 и 1.5 г/л; 49.3± 4.5 ед.) и (1.2 млн./мл и 79%; 1.32 млн./мл и 54%; 2.57; 274, 8±13.1 нмоль/л соответственно).

Из результатов проведенного исследования видно, что характер связи показателей КОС и иммуно-гормонального статуса при РА зависит как от уровня pH, так и от наличия или отсутствия компенсаторных сдвигов КОС.

Прудников Г.А., Кубарко А.И., Полянская А.В., Короткевич Т.В.

КИСЛОТНО–ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Целью работы явилось изучение особенностей кислотно – основного состояния крови (КОС) при различном характере течения, степени активности и стадии ревматоидного артрита (РА).

Обследовано 18 женщин (средний возраст – 52.4±4.6 года), страдающих РА 1-ой (n=11) и 2-ой (n=7) степени. У больных определялись число воспаленных суставов (ЧВС), суставной индекс (СИ, в баллах), длительность утренней скованности (УС, в часах), общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, проводилась рентгенография пораженных суставов. КОС исследовалось на аппарате ABL-330, при этом измерялись кислотность (pH), парциальное давление кислорода и углекислого газа (pO2 и pco2), общий CO2 плазмы (TCO2, в ммоль/л), анионы бикарбоната и стандартный бикарбонат (HCO3 и SBC, в ммоль/л), суммарная концентрация буферных анионов и избыток оснований(SBE и ABE, в ммоль/л),насыщение гемоглобина кислородом (SAT, в %). Группу контроля составили 8 женщин-доноров (средний возраст – 45.6±3.3 года).

В результате обследования у 16 пациенток (89.0%) выявлен метаболический ацидоз (pH= 7.3±0.03; pCO2=44.0±2.0; ABE=-4.1±0.5; HCO3= 22.5±1.4; P<0.05), причем у 10 из них (62.5%) он был некомпенсирован (pH= 7.23±0.02; pCO2= 48.0±2.2; ABE= -3.3±1.4; HCO3= 26.5±2.5; p<0.05), а у 6 (37.5%) несколько компенсировался респираторным алкалозом (pH= 7.31±0.03; pCO2= 36.8±4.4; ABE= -6.7±1.2.4 HCO3= 18.5±1.9). Из приведенных данных видно, что компенсаторная реакция появлялась на фоне большего дефицита буферных оснований в крови. При некомпенсированном ацидозе наблюдается более высокий уровень в СОЭ – 26.8±4.5, большее ЧВС – 10.2±1.1, СИ – 19.5±2.4 и УС – 2.1±0.2, чем при компенсированном ацидозе (15.3±3.1; 7.7±0.9; 12.1±1.6; 1.4±0.3 соответственно, p< 0.05). У 2-х пациенток с нормальным КОС имелись минимальные клинико – лабораторные проявления РА (СОЭ – 13.5, ЧВС – 5.5, СИ – 6.1, УС – менее одного часа).

При второй степени активности РА (СОЭ= 28.7±5.1)метаболический ацидоз выявлен у 6 больных (85.7%) и отмечались большие сдвиги КОС ()pH= 7.29±0.04; pCO2= 38.0±2.1; ABE= -3.8±0.7; HCO3= 20.0±1.7 , чем при 1-ой степени (СОЭ= 13.3±2.5) активности РА (7.31±006; 47.0±2.4; -2.8±0.6; 24.0±3.3 соответственно), когда метаболический ацидоз наблюдался у 10 пациенток (90.9%).

Таким образом, при РА наблюдаются значительные изменения КОС крови в виде метаболического ацидоза, чаще некомпенсированного, и связь между выраженностью нарушений КОС и степенью клинико-лабораторных проявлений РА.

Рвачев А.В., Заводовский Б.В., Филимонова Ю.К., Новикова О.В., Зборовский А.Б.

СВЯЗЬ МЕЖДУ ГИСТОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И АНТИТЕЛАМИ К КОЛЛАГЕНУ I И III ТИПОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
кафедра госпитальной терапии ВМА, Волгоград, Россия

Системная склеродермия (ССД) представляется мультисистемным заболеванием, ассоциирующимся с иммунологическими нарушениями. У больных ССД выявляется широкий спектр разнообразных нарушений клеточного и гуморального иммунитета. Рядом авторов (Гонтарь И.П., Чернова С.И., 1993 г.) было показано повышение содержания антител к коллагену I, II, III типов у больных ССД с максимальными уровнями при остром течении и третье степени активности процесса. Высокие уровни АТ отражают максимальную выраженность ферментативно-метаболических нарушений в сфере коллагенового обмена и высокую активность заболевания. В развитии патогенетических механизмов при ССД большое значение имеет взаимодействие фибробластов с активированными клетками иммунной системы - нейтрофилами, лимфоцитами и моноцитами, под воздействием продуктов которых может изменяться «коллагеновый профиль» фибробластов и влиять таким образом на специфику фиброобразования и течение заболевания. Функциональное состояние иммунных клеток может отражать уровень некоторых внутриклеточных ферментов. Между активацией клеток иммунной системы и образованием плазмоцитов, продуцирующих антитела, проходит 2-3 недели. Таким образом, теоретически возможным является прогнозирование иммунных нарушений путем определения энзимов в клетках периферической крови.

Целью исследования было изучение взаимосвязи между энзимными и иммунологическими показателями у больных ССД.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных ССД. Средний возраст составил 46,32±3,05 года, длительность заболевания - 9,39±1,83 лет. Контрольная группа - 35 доноров станции переливания крови. У всех пациентов до и после лечения с интервалом 3-4 недели в мазках крови определялись активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ), миелопероксидазы (МПО), 5′-нуклеотидазы (5-НТ), аденозинтрифосфатазы (АТФ-азы). Уровень антител к коллагену I и III типов (АТК-I, АТК-III) определялся непрямым твердофазным иммуноферментным методом (ELISA тест) с использованием коллагена фирмы «Sigma», Германия.

В результате исследования было выявлено, что уровень активности 5-НТ в нейтрофилах, лимфоцитах, моноцитах и МПО в нейтрофилах был снижен по сравнению с контрольной группой. Уровни АТФ-азы в лимфоцитах,

нейтрофилах и МПО в моноцитах были достоверно выше контроля (p<0,05). Активность СДГ в лимфоцитах достоверно не отличалась от уровня фермента у доноров. Средний уровень АТК-I у больных ССД составил 0,36± 0,015 ед.опт.плот., АТК-III - 0,24±0,011 ед.опт.плот. (норма - до 0,1 ед.опт.плот.). Имелась корреляционная связь между уровнем МПО в моноцитах и АТК-I (r=0,41; p=0,038). АТФ-аза в лимфоцитах и нейтрофилах не коррелировала с уровнем антител к коллагену. При исследовании связи между уровнем ферментов при поступлении и АТК-I, III при определении через 3 недели были получены следующие результаты: у больных, имеющих на момент первичного обследования повышенную активность МПО в моноцитах и АТФ-азы в нейтрофилах, а также снижение 5-НТ в моноцитах и лимфоцитах через 3 недели отмечалось повышение в крови уровня АТК-I (p<0,05).

Таким образом, нами обнаружены энзимные сдвиги в клетках крови больных ССД, отражающие иммунный статус пациентов на момент обследования. Кроме того, изменения некоторых гистохимических показателей опережают иммунологические сдвиги на 2-4 недели, что может использоваться для прогнозирования обострений ССД в терапевтической практике.

Рогаткина Т.Ф., Некрасова С.П., Мозговая Е.Э.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Кафедра госпитальной терапии ВМА; ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Несмотря на целый ряд успехов, достигнутых современной медицинской наукой, в частности в области ревматологии, проблема излечения от такого широко распространенного заболевания, как остеоартроз (ОА), остается неразрешенной. В последние годы отмечается увеличение числа больных ОА, в том числе молодого трудоспособного возраста, что определяет большую медико-социальную значимость этого заболевания. Важное значение для обеспечения эффективности лечения ОА имеют понимание глубинных патогенетических механизмов, лежащих в основе болезни, а также ранняя диагностика малейших обострений патологического процесса в суставах. В последние годы большое внимание уделяется рассмотрению роли процессов свободнорадикального окисления и пероксидации липидов (ПОЛ) в разрушении соединительно-тканных структур сустава, поддержании хронического синовита. В связи с этим нами было предпринято исследование в лимфоцитах периферической крови активности ряда ферментов антиоксидантной системы (АОС): супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР); содержания малонового диальдегида (МДА), косвенно отражающего интенсивность процессов ПОЛ.

Материалы и методы. В условиях стационара наблюдались 62 больных ОА, из них 23 (37,1%) мужчины, 39 (62,9%) женщины. Средний возраст больных - 52±3,8 лет. Средняя продолжительность заболевания – 9,8±2,7 лет. Узелковая форма ОА выявлена в 15 (24,2%), безузелковая – в 47 (75,8%), моно- и олигоартроз – в 18 (29,0%), полиостеоартроз – в 44 (71,0%), I (рентгенологическая) стадия поражения суставов – в 33 (53,2%),

II – в 24 (38,7%), III – в 5 (8,1%), ФНС-0 – в 5 (8,1%), ФНС-1 – в 41 (66,1%), ФНС-2 – в 16 (25,8%) случаях, клинические проявления синовита – у 24 (38,7%) больных. Наряду с комплексным клинико-инструментальным обследованием у всех больных проводились энзимные исследования. В лизатах лимфоцитов периферической крови по оригинальным методикам определяли активность СОД, ГП, ГР, содержание МДА. Контролем служили 30 практически здоровых лиц.

Результаты. У больных ОА без клинических признаков синовита при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, не было выявлено энзимных различий, и только отмечалось небольшое повышение уровня МДА ($p<0,05$). В отличие от них пациенты с синовитом при госпитализации имели более высокие, чем в контроле, показатели активности ГП, ГР, СОД, уровень МДА и соотношение ГП/ГР ($p<0,01$). У больных с синовитом, в отличие от больных без синовита, существенно выше активность ГП, ГР, СОД и содержание МДА ($p<0,01$). Изменения энзимных показателей в сторону повышения активности антиоксидантных энзимов были более выражены при моноолигоартрозе, чем при полиостеоартрозе ($p<0,05$). Для узелковой формы ОА характерна более низкая активность ГР и СОД, чем при безузелковой форме ($p<0,05$). Не выявлено значимых ферментных различий у больных ОА в зависимости от стадии поражения суставов, в то время как степень ФНС оказывала влияние на формирование энзимного антиокидантного профиля лимфоцитов: чем тяжелее была степень ФНС, тем выше активность ГП, ГР, СОД и уровень МДА ($p<0,05$). Отмечена тенденция к снижению активности ГП и ГР после 10 лет болезни, но только активность СОД была достоверно ниже после 10 лет болезни, чем у больных с меньшей длительностью заболевания ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, в лимфоцитах периферической крови больных ОА выявлены существенные изменения активности ряда антиоксидантных энзимов и концентрации МДА, зависящие от клинических особенностей заболевания. Полученные данные позволяют предположить, что слабость АОС организма больных ОА проявляется, прежде всего, за счет неферментативного звена, поскольку активность антиоксидантных энзимов при данном заболевании сохранена или даже повышена.

Романенко О.К.

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГНЦССП им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Психотерапия больных ревматоидным артритом (хронический полиартрит, хронический воспалительный суставной ревматизм), протекающим с болевыми ощущениями и ограничениями движений мышц и суставов, обнаруживает травмирующие факторы различного уровня. Общеизвестно, что любое усиление эмоциональной напряженности от стрессов бытового характера до глубинных личностных потрясений приводит к усилению мышечного напряжения и усугублению хронического процесса. Это находит подтверждение и в психофизиологических исследованиях, показывающих у больных ревматоидным артритом повышенние электромиографической ак-

тивности при конфликтах в пораженной области и в мышцах вокруг больных суставов.

Все обследованные нами больные, прошедшие психотерапевтическое интервью, называют какое-либо (то или иное) эмоционально напряженное событие, осложнившее их состояние. Такие события, как потеря близких людей, расстройство отношений в браке приводили к резкому повышению уровня тревоги и эмоциональной напряженности.

При всем разнообразии и неповторимости действующих психологических факторов, все же удается выявить некоторые общие черты. Рассмотренные нами, 12 пациентов – это люди среднего и пожилого возраста с большим стажем течения ревматоидного артрита, имеющие семью, собственных детей и часто внуков. Во всех случаях отмечается осложненная картина отношений с собственными родителями, которая отражается и в следующем поколении. При этом легко констатировать в системе наличие спутанности ролей, когда дети несут на себе функции взрослых членов семьи. Поэтому основным методом работы нами был выбран « Метод расстановки семьи по Хеллингеру».

Основные психотерапевтические воздействия были направлены на снижение внутренней напряженности через разрешение внутриличностного детско-родительского конфликта, на создание условий принятия больным самого себя, своего тяжелого соматического состояния, на развитие более глубокого восприятия собственных чувств через отреагирование травматических ситуаций.

Значительные изменения во внутреннем состоянии наступали в ходе терапии вытесняемого пациентами конфликта между желанием «оставаться с родителями» (в силу неразрешенных отношений) и стремлением личности пациента к самостоятельной жизненой линии. Психотерапия детско-родительских отношений в родительских семьях пациентов неизбежно приводила к следующему шагу: осознанию ими осуществления процесса собственного родительства. Эта работа сопровождалась значительным снижением напряжения внутри системы и улучшением самочувствия пациентов. Они отмечали повышение настроения, появление разнообразия в чувствах, снижение тревоги, открытие для себя возможности получать удовольствие от простых жизненных событий.

Приобретение нового взгляда на отношения или изменение внутренней картины позиций родственных отношений позволяет больному действовать в качественно иных психологических координатах, учитывающих влияние системы на каждого ее члена. В результате поведение пациента становится адекватным, влечет уменьшение напряжения в межличностных отношениях и улучшение его собственного психологического самочувствия.

В какой степени изменение внутреннего психологического состояния больного влияет на течение хронического ревматоидного артрита, на сегодняшний день сказать трудно. Безусловным является лишь факт значительного снижения мышечного напряжения и облегчения общего физического самочувствия больного.

Рыбак В.А., Бабушкин Я.Х., Сажин А.Ф.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ТРАКТОВКЕ АЛГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НА ФОНЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Волгоградская медицинская академия, Волгоград, Россия

Боли в спине представляют собой одну из наиболее частых жалоб больных, которые заставляют их обращаться к врачам разных специальностей, в первую очередь – к неврологам и терапевтам. Сформировалась отчетливая тенденция чрезмерно-расширительной трактовки роли дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике, как ведущей причины не только болевого синдрома, но и ряда соматических жалоб (цефалгии, кохлео-вестибулярные нарушения, кардиалгии и т.д.).

Цель: проанализировать диагностические ошибки и их причинную обусловленность в данной группе больных.

Методы: клинико-неврологическое, при необходимости – нейровизуализационное исследование (КТ или МРТ позвоночника, головного мозга).

Полученные результаты: проанализирована медицинская документация 164 больных, направлявшихся на стационарное лечение в клинику неврологии, а также на амбулаторные консультации в областную консультативную поликлинику. Направительный диагноз у всех формулировался следующим образом: "Остеохондроз шейного, грудного или пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым или болевым синдромом". При этом на спондилограммах имелись соответствующие изменения различной степени выраженности. Целенаправленное обследование позволило выявить следующую патологию: церебро-спинальная форма рассеянного склероза – 7 больных, боковой амиотрофический склероз – 6 пациентов, экстрамедуллярная опухоль спинного мозга – 3 больных, аномалия Арнольда-Киари – 3 пациента, иные аномалии краниовертебрального сочленения – 8 больных, церебральные опухоли различной локализации – 6 больных, болезнь Паркинсона – 2 пациента, невральная амиотрофия – 1 больной.

Обсуждение: таким образом, в 21,95% клинических случаев под "маской" остеохондроза позвоночника не диагностировались органические неврологические и онкологические заболевания. Основной причиной диагностических ошибок является переоценка данных рентгенологического исследования при недостаточной тщательности сопоставления его результатов с клинико-неврологическим анализом.

Выводы: алгические проявления и данные спондилографии должны коррелировать со строгой неврологической оценкой клинических проявлений остеохондроза позвоночника. Наличие рентгенологически-неврологической диссоциации является настораживающим фактором для врача, требующим продолжения дифференциально-диагностического процесса (желательно в стационарных условиях).

Рыбак В.А., Курушина О.В.

ФИБРОМИАЛГИЯ ПРИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Волгоградская медицинская академия,
кафедра неврологии, нейрохирургии; Волгоград, Россия

Распространенность предменструального синдрома (ПМС) по данным отечественных и иностранных исследователей варьирует от 18% до 92%. Эта вариабельность обусловлена отсутствием единой теории этиопатогенеза, четкой классификации клинической картины. Клиническая практика демонстрирует, что ПМС достаточно часто ассоциируется с фибромиалгией (ФМ), причем не только в собственно предменструальном периоде. Работ, посвященных анализу связи ПМС и ФМ, как основы повышения эффективности лечебных воздействий в доступной литературе мы не встретили.

Цель: изучить распространенность, роль в симптомообразовании и оценить прогностическую значимость сочетания ПМС с ФМ в динамике менструального цикла.

Методы: клинико-неврологический с оценкой диагностических критериев ФМ, исследование порогов болевой чувствительности (ПБЧ) в фоне и после лечения ТЭС.

Результаты: обследовано 28 женщин с предменструальным синдромом, в возрасте от 22 до 40 лет. В группу вошли женщины без очаговых симптомов поражения нервной системы и не нуждающиеся в лечении гинекологических заболеваний. 12 пациенток страдали нейропсихической, 10 – отечной, 6 – цефалгической формой ПМС. У 17 пациенток был ПМС легкой степени, у 11 – средней степени выраженности. Контрольную группу составили 22 здоровые женщины без ПМС. У 21 (75,0%) пациенток с ПМС имелись клинические признаки ФМ, в контрольной группе – у 6 (27,27%). Все женщины основной группы без признаков ФМ страдали ПМС легкой степени тяжести. Средний уровень болевых порогов у пациенток с ПМС и ФМ составил мА, у пациенток с ПМС без ФМ - мА, у здоровых женщин – мА. Обследование после лечения продемонстрировала эффективность ТЭС для коррекции ПМС. При сочетании ФМ и ПМС результат был достоверно ниже.

Обсуждение: учитывая, что ФМ представляет собой "модель" нарушения функционирования антиноцицептивной системы, их высокая сопряженность с ПМС во всех фазах менструального цикла подчеркивает важную роль нейротрансмиттерной дефицитарности в патогенезе ПМС. Роль сенсорной дисфункции также подчеркивается выявленными изменениями уровня порогов болевой чувствительности. Поэтому применение метода ТЭС в лечении ПМС является патогенетически обоснованным.

Выводы: проведение динамического анализа болевых феноменов позволяет выделить алгическую форму ПМС. Наличие и степень выраженности ФМ является значимым фактором в прогнозировании эффективности лечения.

Сивордова Л.Е., Варгина В.Н., Баракат Ахмад М.Али, Заводовский Б.В., Фофанова Н.А., Зборовская И.А.

ОСТЕОПОРОЗ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: СВЯЗЬ С ВОСПАЛЕНИЕМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии, кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии, Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза, Волгоград, Россия

Остеопороз - одно из наиболее распространённых метаболических заболеваний скелета человека, характеризующееся низкой массой кости и микроструктурной перестройкой костной ткани, что ведет к повышенной ломкости кости и как следствие, к увеличению риска переломов. Особенно большой интерес вызывает остеопороз при некоторых ревматических заболеваниях, в том числе при ревматоидном артрите. В последние годы стало очевидным, что остеопороз занимает важное место среди разнообразных осложнений этого заболевания.

Значимость проблемы подчеркивает создание Российской ассоциации по остеопорозу, включающей 46 региональных отделений, в том числе и Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза на базе ГУ НИИ КиЭР РАМН.

Целью работы было изучение влияния активности ревматоидного артрита на развитие остеопороза, распространенность его при ревматоидном артрите.

Минеральная плотность костей определялось методом ультразвуковой денситометрии с использованием аппарата UBIS-3000 (Франции).

Концентрация остеокальцина и Cross Laps определялись иммуноферментным методом с использованием набора OSTEOMETER производства Дании. Концентрация кальция в крови и моче определялись биохимическим методом с использованием наборов фирмы «LACHEMA».Для оценки выраженности суставного синдрома и функциональной способности больного использовались следующие количественные показатели: общая выраженность боли в суставах, счет боли, боли в костях, суставной индекс, суставной счет, функциональный индекс Ли и Лансбури, индекс припухлости, продолжительность утренней скованности (в минутах), мышечная сила - определялось всем больным с помощью аппарата становой тяги. Индекс массы тела (ИМТ) определялся как отношение веса к росту, выражался в кг/м^2.

Под нашим наблюдением находилось 65 больных с достоверным диагнозом ревматоидного артрита, установленного согласно диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации. Из которых 51 женщина и 14 мужчин в возрасте от 19 до 72 лет. Средняя длительность заболевания у больных составила 9,75 года.

Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

По результатам остеоденситометрии больные были разбиты на 2 группы: I-ая группа: лица страдающие остеопорозом (36 человек) и II-ая группа: имеющие нормальую минеральную плотность костей (29 человек). Остеопороз достоверно чаще диагностировался у больных ревматоидным артритом по сравнению с контрольной группой ($p<0,005$). Пациенты I-ой группы по сравнению со II-ой чаще имели II-III-ью степень активности ревматоидного

артрита, высокие показатели СОЭ, ревматоидного фактора, дозы глюкокортикостероидов, более низкий уровень гемоглобина; кроме того у этих больных часто наблюдалась иммобилизация и III-IV-ая степень недостаточности суставов, тяжелое течение заболевания ($p<0,05$).

Таким образом, активность патологического процесса влияет на развитие ОП при РА. Контроль за активностью патологического процесса при этом заболевании, особенно с использованием средств, не оказывающей отрицательного влияния на минеральную плотность костей, может быть одним из методов профилактии остеопороза.

Сизова Л.В., Багирова Г.Г.

ПОВЫШАЕТ ЛИ ДИКЛОФЕНАК КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ ?

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Целью данного исследования явилось определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных остеоартрозом (ОА), получающих комплексную терапию, включающую прием Диклофенака в обычной суточной дозе.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 30 больных ОА в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст – 53,03±8,58 года), среди которых преобладали женщины (86,7%). В 96,7% случаев больные страдали полиостеоартрозом. Средняя длительность ОА составила 14,9±6,8 года, гонартроза – 8,5±7,7 года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрену составил 1,9±0,7. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике выявлено 6 больных (20%) с ФНС 0 степени, 10 (33,3%) с ФНС I степени и 14 (46,7%) с ФНС II степени (средняя степень ФНС – 1,27±0,8). Все больные до начала лечения отмечали наличие боли в коленных суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила 5,7±2,4. У 19 пациентов (63,3%) отмечались явления синовита и периартрита, у 5 больных (16,7%) – только явления синовита и у 3 (10%) – только явления периартрита.

Все больные получали комплексную терапию, включающую прием Диклофенака внутрь после еды в суточной дозе – 75 мг (по 25 мг 3 раза в день), поливитаминов "Декамевит" по 1 таблетке внутрь после еды и внутримышечные инъекции 15% ксантинола никотината 1 раз в день. Прием Диклофенака продолжался в течение 10 дней.

Для оценки КЖ использовались общие опросники – SF-36 [J. Ware, 1992] и NHP [S. Hunt et al., 1981], а также специальные опросники – Модифицированная анкета оценки здоровья (МСАОЗ) [В.Н. Амирджанова и соавт., 1989] и KOOS ("Шкала исхода травмы и остеоартроза коленного сустава") [E. Roos et al., 1998] в русской версии, валидация которой была проведена в ходе настоящего исследования. Клинические данные и показатели КЖ определялись до лечения и через 15 дней.

Результаты: через 15 дней от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00002$), скованности ($p=0,0004$) и сокращение вре-

мени прохождения 30 м по прямой (p=0,007). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена достоверная положительная динамика показателей шкал "физическое функционирование", "физическая боль", "психологическое здоровье", "ролевое эмоциональное функционирование" и "социальное функционирование" анкеты SF-36 (p<0,05); шкал "энергичность", "болевые ощущения", "эмоциональные реакции", "физическая активность" опросника NHP (p<0,02). Специальные опросники МСАОЗ и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал (p<0,005).

Восемь больных (26,7%) во время приема Диклофенака отметили появление побочных эффектов: болей в правом подреберье (2), жжения в желудке (1), болей в желудке и тошноты (2), только болей в животе (1), головной боли (1) и учащенного стула (1), не потребовавших отмены препарата.

Обсуждение: оценивая результаты проведенного исследования, можно отметить, что кратковременный прием больными ОА Диклофенака в дозе 75 мг в сутки в сочетании с поливитаминами и препаратом, улучшающим периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует достоверная положительная динамика всех подшкал специальных опросников (МСАОЗ и KOOS). Отсуствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36 и NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидно уменьшение болевых ощущений у больных, получающих Диклофенак, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы: прием Диклофенака в дозе 75 мг в сутки способствует повышению КЖ больных ОА, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHP, МСАОЗ и KOOS.

Симонова О.В, Немцов Б.Ф., Сухих Е.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Кафедра госпитальной терапии, Кировская государственная медицинская академия, Киров

В практике врача ревматолога периодически встречается ситуация, когда сложно при серонегативном варианте суставного синдрома и поражении позвоночника определиться с конкретной нозологической формой в связи с недостаточностью диагностических критериев.

Цель: Изучить клинические особенности серонегативных недифференцированных спондилоартритов.

Материал и методы исследования. Изучены клинические особенности у 19 больных с серонегативной недифференцированной спондилоартропатией в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 33,4 года). Среди больных преобладали мужчины (11). Дебют заболевания у большинства больных (13) до 30 лет с поражения суставов нижних конечностей в виде асимметричного серонегативного олиго- или моноартрита (18). В мо-

мент наблюдения преобладали пациенты с полиартритическим вариантом суставного синдрома (11), с поражением суставов нижних конечностей (19) и грудино-ключичных суставов (10). У большинства больных наблюдался спондилоартрит (17), в том числе с поражением поясничного отдела позвоночника у 7, с поражением шейного отдела – у 6, шейного, грудного, поясничного – у 4 . Рентгенологические признаки сакроилеита выявлены у 17 пациентов, в том числе 2-х стороннего сакроилеита у 11 (у 5 – асимметричный). Энтезопатии (ахиллит, талалгия) выявлены у 8 пациентов, у 9 наблюдались системные и экстраартикулярные проявления (субфебрилитет, иридоциклит, псориазоподобные высыпания), сопровождающиеся высокой лабораторной активностью (СОЭ от 32 до 50 мм/час). Все больные были серонегативны по ревматоидному фактору, у 10 - выявлен HLA-B27. У 9 больных отмечена резистентность к терапии НПВП, эффективной оказалась терапия преднизолоном (у 4-х больных), сульфосалазином (у 2-х), метотрексатом (у 2-х) и проспидином (у 1-го). В процессе наблюдения через 2 года у 5 больных удалось поставить нозологический диагноз (псориатическая артропатия - 1, анкилозирующий спондилоартрит - 2, болезнь Рейтера - 2), у 14 больных диагноз остался неуточненным.

Полученные результаты подтвердили основные клинические особенности серонегативных спондилоартропатий: начало в возрасте до 65 лет (100%); заболевание наиболее часто встречается у мужчин (57,9%), дебют болезни с асимметричного моно-, олигоартрита нижних конечностей (94,7%%), наличие энтезопатий (42%), сакроилеита и спондилоартрита (89,5%), артритов грудино-ключичных суставов (52,6%), характерные системные проявления, отсутствие ревматоидного фактора (100%), связь с носительством HLA-B27 (52,6%).

Таким образом, диагноз недифференцированная серонегативная спондилоартропатия на определенном этапе представляет определенные диагностические и лечебные сложности. Этот диагноз может являться ранней стадией какой-либо определенной нозологической формы, поэтому при динамическом наблюдении следует прибегать к ревизии диагноза с учетом вновь развившихся симптомов болезни.

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

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРОСПИДИНОМ И МЕТОТРЕКСАТОМ НА ЭКСТРААРТИКУЛЯРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Кафедра госпитальной терапии, Кировская государственная медицинская академия, Киров

Ревматоидный артрит (РА)- системное заболевание соединительной ткани, характеризующееся развитием хронического деструктивного полиартрита и широкого спектра внесуставных проявлений. Наличие экстраартикулярных проявлений указывает на более тяжелое течение болезни и неблагоприятный прогноз.

Цель исследования: оценить влияние комбинированной терапии проспидином (П) и метотрексатом (МТ) на экстраартикулярные проявления РА.

Материал и методы. Исследование проведено у 60 больных достоверным тяжелым РА, преимущественно женщины (53), средний возраст 45±5,1 лет, средняя длительность болезни 5,4 года, с экстраартикулярными проявлениями (всего 68 у 46 больных) в виде похудания, анемии, алопеции, ревматоидных узлов, лимфаденопатии, лихорадки, признаков вторичного кожного васкулита, нейропатии, эписклерита, синдрома Шегрена. 48 больных были серопозитивны по РФ, имели II (51) и III (9) степени активности, I-III R-стадии болезни. У 17 больных была стероидозависимость. При проведении корреляционного анализа отмечена прямая корреляция уровня показателей стабильных метаболитов оксида азота (мNO) с наличием экстраартикулярных проявлений болезни ($r=0,58$, $p<0,05$). У больных с экстраартикулярными проявлениями показатели мNO были достоверно выше ($p<0,05$),чем у больных без экстраартикулярных проявлений. П назначали после пробной дозы на переносимость в дозе 50мг.в/м. В стационаре больные получали П 200-300 мг/нед. в/в капельно медленно на 200 мл. 5% глюкозы N4. МТ назначали в дозе 10мг/нед. в/м на 3-и сутки после введения П. Поддерживающую терапию проводили – П в дозе 100-200 мг/нед. в/м, доза МТ оставалась прежней.

Результаты исследования. При оценке общих результатов лечения с использованием критериев ACR выявлено, что значительное улучшение (ACR 50 и 70%) отмечено к 3 мес. лечения у 20 больных, а к 9-12 мес. лечения у подавляющего числа больных. Ремиссия длительностью от 2 до 9 мес. установлена у 12 человек (в сроки 3-6 мес. - у 4, 6-8 мес. – у 2, 8-10 мес. – у 3, 10-12 мес. – у 3). Клинический эффект отсутствовал у 2 больных к 12 месяцу терапии. У остальных больных с отсутствием эффекта доза П увеличивалась до 200-300мг/неделю. В процессе применения П и МТ отмечено уменьшение числа экстраартикулярных проявлений болезни с 68 до 20 к 6 мес. терапии, и с 20 до 15 к 12 мес. терапии. Наиболее чувствительными к действию П и МТ были: анемия, лихорадка, лимфаденопатия, алопеция, похудание, ревматоидные узлы, менее чувствительны –полинейропатия, признаки кожного васкулита, эписклерит. Наряду с клиническим улучшением у больных РА происходила значимое ($p < 0,05$) снижение показателей мNO. Таким образом применение комбинированной базисной терапии П и МТ у больных РА позволяет купировать большинство (с 55 из 68) экстраартикулярных проявлений. Нормализация показателей мNO под влиянием комбинированной терапии указывает на патогенетическую значимость этого показателя при РА и его способность отражать эффективность проводимой терапии.

Заключение. Применение комбинированной терапии П и МТ у больных РА оказывает достаточно быстрый эффект на показатели суставного синдрома и экстраартикулярных проявлений болезни, что позволяет рекомендовать его для лечения неблагоприятных вариантов РА с экстраартикулярными проявлениями.

Соболев С.Б., Чижов П.А.

СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В АКТИВНУЮ И НЕАКТИВНУЮ ФАЗЫ БОЛЕЗНИ

Ярославская Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования: Изучить сезонные отличия клинико–лабораторных проявлений у больных с ревматической болезнью сердца в активную и неактивную стадии болезни.

Материалы исследования: Истории болезни 205 пациентов, находившихся на лечении в больнице им Соловьёва с диагнозом: ревматическая болезнь сердца в 1992 – 2000 г.г.

Методы исследования: Анализировали: клинические особенности обострения заболевания, данные общего анализа крови, исследование сыворотки крови на АСЛ-О, СРБ, ДФА, АСТ, АЛТ, электролиты. Статистические методы: критерий Стьюдента, альтернативное варьирование, корреляционный анализ.

Полученные результаты: При наличии активности у больных РПС чаще наблюдались симптомы острой и хронической сердечной недостаточности. Летом уровень систолического артериального давления (САД) был достоверно выше, чем в зимний и весенний периоды. Диастолическое артериальное давление (ДАД) было так же летом достоверно выше, чем зимой и весной. Содержание лейкоцитов осенью было ниже, чем летом, весной и зимой. Абсолютное количество эозинофилов (Э) осенью было ниже, чем весной, летом и зимой. Процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов (ПЯН), как и их абсолютное количество, летом было меньше, чем в другие сезоны года. СОЭ зимой была наивысшей, по отношению к другим сезонам года. Уровень АСЛ-О у больных в зимней группе был выше, чем в осенней, весенней и летней группах, а уровень К весной ниже, чем летом. В неактивную фазу болезни уровень САД в летней группе больных был достоверно ниже, чем в других группах. ДАД летом так же было ниже, чем весной, осенью и зимой. Процентное содержание ПЯН в крови, как и их абсолютное количество было ниже в зимний сезон года, по отношению к весеннему и летнему. Количество сегментоядерных нейтрофилов (СЯН) зимой было меньше, чем летом, тогда как уровень лимфоцитов (ЛФ) и их процентное содержание в крови в зимний сезон было достоверно выше, чем в летний и весенний сезоны. Уровень моноцитов (М) и их процентного содержания летом был наименьшим по отношению к осени, зиме и весне.

Обсуждение: Сезонные особенности клинико-лабораторных показателей у больных РПС в активную и неактивную фазы различны: в активную фазу болезни отмечается наименьшее количество лейкоцитов и абсолютное содержание Э осенью и наименьшее абсолютное и процентное содержание ПЯН летом, но наиболее высокий титр АСЛ – О и уровень СОЭ зимой. У больных РПС в неактивную фазу наблюдаются иные сезонные особенности лейкоцитарной формулы: летом наименьшее абсолютное и процентное содержание М, а зимой наибольшее содержание абсолютного и относительного количества ЛФ и наименьшее содержание СЯН. В отличии от больных РПС в активную фазу, у пациентов РПС в неактивную фазу титр АСЛ – О наиболее

высок весной. Наконец у больных РПС в неактивную фазу отмечались выраженные сезонные особенности гемодинамики (наименьшие уровни САД и ДАД летом), что не наблюдалось у больных в активную фазу. Более того, у больных в активную фазу наблюдалась даже тенденция к повышению систолическое и диастолическое давление летом.

Выводы: Уровни САД и ДАД, лейкоцитарная формула, титр АСЛ-О и СОЭ у больных РПС в активную и неактивную фазы болезни имеют существенные отличия, что необходимо учитывать при проведении обследования и назначении лечения таким больным.

Сорока Н.Ф., Дубень С.А.

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ СМЕШАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA) - гетерогенная группа антител к миелоидспецифическим ферментам цитоплазмы нейтрофилов и лизосом моноцитов. Основными мишенями для ANCA являются миелопероксидаза (MPO) и протеиназа 3 (PR3) альфа-гранул нейтрофилов. Антигенами для ANCA являются также эластаза, катепсин G, лактоферрин, азуроцидин, лизоцим. Хорошо известна клинико-диагностическая роль ANCA для определения нозологической специфики системных васкулитов. Однако мало исследовано их значение при системных заболеваниях соединительной ткани (СЗСТ).

Цель исследования: изучение частоты встречаемости ANCA и их возможное патогенетическое значение при смешанном заболевании соединительной ткани (СмЗСТ).

Материал и методы. Обследовано 40 человек, из них 22 здоровых донора и 18 больных СмЗСТ, лечившихся в Белорусском центре ревматологии. Определение аутоантител проводили методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью наборов фирмы The Binding Site LTD: ANCA Combi KITS для выявления ANCA и HEp-2 cell KITS для определения антинуклеарных антител (ANA).

Результаты и обсуждение. В группе контроля (22 человека) ANA и ANCA не были обнаружены. У всех больных СмЗСТ выявлены антинуклеарные антитела (ANA) в титрах, выше диагностических.

В сыворотке крови у 4 пациентов СмЗСТ из 18 (22,2%) обнаружены ANCA, из них p-ANCA выявлены в 5,5% случаев (1 человек из 18), и атипичные ANCA - у 16,7% больных (3 из 18). ANCA выявлялись у больных с очень высокими титрами ANA и не определялись у пациентов с низкими и средними титрами. В группе пациентов, позитивных по ANCA, наблюдалась и более высокая активность СмЗСТ. Заболевание протекало агрессивно, несмотря на проводимую базисную терапию: синдром Рейно, дигитальный васкулит носили выраженный прогрессирующий характер; у двух больных заболевание

сопровождалось длительным субфебрилитетом; поражение нервной системы и лимфаденопатия встречались только у ANCA-позитивных больных.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при высокой активности и тяжелом течении СЗСТ, вовлечении в патологический процесс внутренних органов, прогрессирующих васкулитах, выраженном синдроме Рейно у больных со смешанным соединительнотканным заболеванием могут выявляться ANCA. Имеется тесная взаимосвязь между обнаружением ANCA и высокими титрами антинуклеарных антител. Полученные данные позволяют выдвинуть гипотезу о роли ANCA в сосудистых поражениях при системных заболеваниях соединительной ткани.

Сорока Н.Ф., Свирновский А.И., Калия Е.С., Авхукова Т.В., Рекун А.Л.

АПОПТОТИЧЕСКАЯ ГИБЕЛЬ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Белорусский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови,
Минск, Республика Беларусь

В патогенезе СКВ важное значение придают нарушению апоптоза иммунокомпетентных клеток, относительно которого в литературе нет единого мнения. Одни авторы наблюдают снижение интенсивности апоптоза лимфоцитов при СКВ, в частности Fas-опосредованного, что ведет к накоплению клона аутореактивных лимфоцитов. Другими исследователями обнаружена повышенная склонность лимфоцитов крови больных СКВ к апоптозу, обнажающему ранее скрытые аутоантигены (фрагменты хроматина).

Цель работы: Изучить интенсивность спонтанного и индуцированного апоптоза лимфоцитов периферической крови больных СКВ, выявить взаимосвязи с состоянием клеточного звена иммунитета и изменениями метаболизма иммунокомпетентных клеток.

Материал и методы: В опытную группу были включены 24 больных СКВ, проходивших лечение в ревматологическом отделении 9-й городской клинической больницы г. Минска. Среди них было 23 женщины и 1 мужчина в возрасте от 15 до 56 лет. Длительность болезни колебалась от 2-х месяцев до 19 лет. Степень активности СКВ была I-й у восьми, II-й у десяти и III-й у шести больных. Контрольная группа состояла из 18 здоровых лиц (доноров). Осуществляли морфологическую оценку с помощью флуоресцентной микроскопии спонтанного и индуцированного дексаметазоном апоптоза в 24-часовой культуре лимфоцитов, выделенных из гепаринизированной крови больных и доноров, и вычисляли процент апоптотических клеток. Параллельно проводили исследование субпопуляций лимфоцитов и их метаболизма (перекисное окисление липидов, активность супероксиддисмутазы, каталазы и кислой фосфатазы).

Результаты и их обсуждение: Выявлена более высокая интенсивность спонтанного апоптоза лимфоцитов больных СКВ in vitro (11,4±1,3%) по сравнению с донорами (4,2±0,6%, $p<0,001$) и зависимость между степенью активности заболевания и процентом апоптотических клеток (при I ст. ак-

тивности 8,8±0,8%, при III ст. - 17,4±3,4%, p<0,05), что может свидетельствовать об участии апоптоза в активации аутоиммунного процесса. Индукция апоптоза дексаметазоном вызывала достоверный рост количества апоптотических клеток в контрольной группе от 4,2±0,6% (при спонтанном апоптозе) до 9,5±0,8% (на 126% при концентрации дексаметазона 1 мкМ) и 14,3±1,1% (на 240% при концентрации 5 мкМ) p<0,001, а в опытной (больные СКВ) -- от 11,4±1,3% до 16,4±1,4% (на 40% при концентрации 1 мкМ) p<0,02 и 20,9±1,4% (на 80% при концентрации 5 мкМ) p<0,001, что может говорить о меньшей чувствительности лимфоцитов больных СКВ к действию глюкокортикоида in vitro. Обнаружена прямая корреляционная зависимость между процентом апоптотических клеток и коэффициентом Т-хелперы/Т-супрессоры (r = 0,465, p<0,01) и обратная корреляционная зависимость с активностью внутриклеточной супероксиддисмутазы (r = 0,677, p<0,01), что может свидетельствовать о преимущественной подверженности апоптозу лишь одной из субпопуляций лимфоцитов и снижении в процессе апоптоза потенциала антиоксидантной защиты клетки и нарастании свободнорадикальных реакций.

Выводы:

Интенсивность спонтанного и индуцированного апоптоза лимфоцитов периферической крови больных СКВ in vitro достоверно выше, чем у здоровых лиц. Наблюдается зависимость между уровнем апоптоза лимфоцитов и степенью активности СКВ.

Морфологическая оценка спонтанных и индуцированных апоптотических процессов в лимфоцитах методом флуоресцентной микроскопии может использоваться для оценки чувствительности иммунокомпетентных клеток к действию лекарственных препаратов.

Имеется корреляционная зависимость интенсивности апоптоза с соотношением лимфоцитарных субпопуляций и свободнорадикальными процессами в лимфоцитах.

Стовичек О.А., Чижов П.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СОЧЕТАНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОЧИХ ЗАВОДА «РУССКИЕ КРАСКИ»

Медицинская Академия, Ярославль, Россия

Цель работы: выявить распространенность поражений опорно-двигательного аппарата (ОДА) и сердечно-сосудистой системы (ССС) у рабочих завода «Русские краски», производственные условия которого включают работу с токсическими веществами (растворители, лаки, эмали и т.д.), постоянную физическую и статическую нагрузки и нервное перенапряжение (ночные смены), что является факторами риска развития заболеваний суставов и ССС.

Материалы и методы: было проведено анкетирование 261 рабочего основных цехов завода с помощью скрининг-анкеты. Анкета содержала вопросы, позволяющие установить наличие болей в суставах, болей в сердце, подъемов АД в течение последних 5 лет.

Полученные результаты: среди обследованных было 104 мужчины (29,85%) и 157 женщин (60,15%) в возрасте от 24 до 63 лет. Не предъявляли жалоб 64 человека (24,5%), из них 35 мужчин и 29 женщин (54,7% и 45,3% соответственно). В основном, это были лица, входящие в возрастную группу до 40 лет.

Боли в суставах отмечали 175 человек (67,05%): 120 женщин (68,57%) и 55 мужчин (31,43%). В подавляющем большинстве случаев выявлялось поражение 2-3 суставов (коленные и мелкие суставы кистей, плечевые и локтевые, лучезапястные и мелкие суставы кистей и др.). Около половины больных отмечали также появление болей в позвоночнике. Из 175 человек, жалующихся на боли в суставах, у 53 (30,28%) выявлялось также повышение АД (29 женщин-54,71% и 24 мужчины-45,29%); у 11 человек-6,29% - боли в сердце (2 мужчин-18,18% и 9 женщин-81,82%) . У 56 человек (32,00%) боли в суставах сочетались с повышением АД и болью в сердце: 8 мужчин (14,29%) и 48 женщин (85,71%). 55 обследованных (31,43%) предъявляли жалобы только на боли в суставах: 21 мужчина-38,18% и 34 женщины-61,82%.

Из 86 человек, не предъявлявших жалобы на боли в суставах, у 10 человек (11,63%) отмечалось повышение АД (30% женщин и 70% мужчин), у 6 человек (2,3%) боли в сердце и у 10 человек (11,63) повышение АД сочеталось с болью в сердце (8 мужчин-80%, 2 женщины-20%).

Обсуждения: таким образом 77% обследованных предъявляли жалобы со стороны ССС и/или ОДА. Только артрологические жалобы предъявляли 21% обследованных, только со стороны ССС – 10%. У 69% обследованных зарегистрировано сочетание жалоб со стороны ССС и ОДА. Синдром артериальной гипертензии установлен у 49,4% обследованных рабочих.

Вывод: полученные результаты необходимо учитывать при проведении профилактических осмотров и лечебно-профилактических мероприятий.

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

УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Одной из важнейших клинических и социально-психологических характеристик личности является степень активности человека в достижении своих целей, мера независимости и самостоятельности его поведения, уровень развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события или уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями.

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

Обследование проводилось амбулаторно с использованием стандартизированной психологической методики определения «УСК». В медико-психологическое исследование было включено 100 человек с СПФ. Группу

больных составили женщины в возрасте от 24 до 51 года, средний возраст которых составил 43,8±0,7 года. Диагноз ставился после тщательного клинического и лабораторного обследования больных, в соответствии с диагностическими критериями Американской коллегии ревматологов (1990 г.).

В результате проведенных исследований у пациентов с СПФ были выявлены низкие показатели уровня субъективного контроля по шкалам общей интернальности (22,59±0,54 балла) и интернальности в отношении здоровья (2,43±0,92 баллов). Кроме того, была установлена достоверно значимая прямая корреляционная зависимость данных характеристик с такими невротическими проявлениями заболевания, как тревога (r= при p=0,032) и депрессия (r= при p=0,011). Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с СПФ проявляют склонность к избеганию ответственности в трудных ситуациях, формированию чувства беспомощности, потребности в сочувствии и опеке окружающих. Подобные особенности личности способны утяжелять клиническую картину заболевания.

Полученные данные могут быть использованы как для своевременного подключения психотерапевтических методов, так и для контроля их эффективности.

Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А., Чернов А.С., Зборовский А.Б.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Первичная фибромиалгия представляет собой особую форму поражения внесуставных мягких тканей, характеризующуюся диффузными болями, утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением болевого порога при пальпации в характерных местах, называемых «болезненными точками».

Цель исследования: изучить влияние болевого синдрома на формирование некоторых психологических особенностей личности пациентов с синдромом первичной фибромиалгией (СПФ).

Материалы и методы. Было обследовано 100 женщин, больных фибромиалгией, в возрасте от 24 до 51 года. Диагноз выставлялся в соответствии с диагностическими критериями, предложенными АРА (Американская ревматологическая ассоциация) в 1990 г. Клинические параметры боли оценивались с помощью визуальной аналоговой шкалы и выражались в баллах (от 0 до 10). Для исследования психоэмоционального статуса личности были использованы стандартизированные тестовые методики: УНП, ИЖС.

Результаты. Как показывают данные нашего исследования, проявления болевого синдрома у пациентов с фибромиалгией составили в среднем 7,25±0,17 балла, что можно расценивать как выраженные. Показатели боли достоверно коррелировали с возрастом пациентов (r=0,30 при p=0,002) и длительностью течения заболевания (r=0,30 при p=0,002). При исследовании психологического статуса у пациентов с фибромиалгией был отмечен высокий уровень тревоги (7,8±0,98 балла). Показатели по шкалам астении

(6,72±0,17), депрессии (6,46±0,15), ипохондрии (5,53±0,18) расценивались как умеренные. Было отмечено также, что проявление костно-мышечных болей достоверно коррелирует с астенией (r=0,30 при p=0,032), депрессией (r=0,25 при p=0,011) и ипохондрией (r=0,32 при p=0,001). Можно предположить, что интенсивность болей обуславливает рост перечисленных невротических черт. С другой стороны, вследствие повышения уровня депрессии, астении, ипохондрии происходит усиление костно-мышечных болей. Основными регулятивными механизмами, способными оградить личность в условиях стресса и боли, выступают механизмы психологических защит, защищающие психику преимущественно путем искажения восприятия внешнего и внутреннего мира. В нашем исследовании интенсивность боли достоверно коррелировала с использованием такого варианта психологической защиты, как "замещение" (r=0,22 при p=0,027).

Выводы. Учитывая особенности течения СПФ, отсутствие четких представлений о патогенетических механизмах и методах лечения, найденные нами клинико-психологические характеристики больных могут оказать существенную помощь для выбора и своевременного подключения соответствующих программ психотерапевтической коррекции с целью повышения эффективности проводимого лечения.

Сущук Е.А., Александров А.В., Маслакова Л.А., Язид Аль Раави, Емельянов Н.И., Сычева Г.Ф., Гонтарь И.П., Зборовский А.Б., Кочнева Л.И.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА К ЯДЕРНЫМ АНТИГЕНАМ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Волгоградская медицинская академия, кафедра госпитальной терапии;
ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН;
Волгоград, Россия

Цель исследования: сравнительное изучение антителогенеза к антигенам клеточного ядра у больных системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы: в исследование были включены 68 больных СКВ (возраст от 15 до 69 лет, 92,6% женщин) и 68 больных ССД (возраст от 20 до 69 лет; 85,3% женщин) с различной активностью болезни, а также 47 практически здоровых лиц (возраст от 19 до 52 лет, 74,5% женщин), составивших контрольную группу. У всех лиц, включенных в исследование, сыворотка крови исследовалась на наличие антинуклеарного фактора (АНФ) методом непрямой иммунофлуоресценции на гистологических срезах печени белой крысы в полуколичественном варианте с оценкой по 5-ти бальной шкале (от 0 – свечение отсутствует до 4 – максимально возможная интенсивность свечения) и оценкой варианта свечения; антител к двухспиральной ДНК (АТ к дсДНК) и антител к односпиральной ДНК (АТ к осДНК) методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с выражением результатов в значениях оптической плотности проб.

Сравнение групп больных выполнялось по критерию χ^2, уровень значимости *p* принимался равным 0,05.

Результаты: у лиц контрольной группы только в одном случае (2,13%) определялся АНФ с интенсивностью свечения 1 балл и диффузным вариантом свечения. При оценке результатов ИФА за нормальные значения была принята оптическая плотность проб, не превышающая 0,1 е.о.п.; у лиц контрольной группы не было выявлено АТ к дсДНК или к осДНК. При исследовании сывороток больных СКВ АНФ выявлялся в 50 из 68 (73,5%) случаев. Сыворотки 21 больных СКВ (42%) имели интенсивность свечения 1 балл, 24 больных (48%) – 2 балла, 3 больных (6%) – 3 балла и в 2 случаях (4%) интенсивность свечения оценена в 4 балла. При СКВ преобладал диффузный тип свечения (40 из 50 (80%) положительных сывороток), в 6 случаях (12%) выявлялся краевой и в 4 случаях (8%) – крапчатый тип свечения. АТ к дсДНК выявлены у 36 из 68 больных (52,9%), причем у 4 из 36 больных (11,1%) результаты исследования на АНФ были отрицательными. АТ к осДНК определялись у 6 больных СКВ (8,8%), все они также имели АТ к дсДНК и положительный АНФ. При исследовании сывороток больных ССД АНФ определялся в 23 из 68 (33,8%) случаев, 16 сывороток (69,6%) имели интенсивность свечения 1 балл и 7 сывороток (30,4%) – 2 балла. Диффузный тип свечения при ССД отмечен в 18 случаях (78,3%), крапчатый – в 5 случаях (21,7%). АТ к дсДНК выявлены у 6 больных ССД (8,8%), все сыворотки были положительны по АНФ; АТ к осДНК определялись у 45 из 68 (66,2%) больных СКВ (20 из них были положительны по АНФ).

Различия между больными СКВ и ССД были статистически значимыми для доли лиц положительных по АНФ ($p<0.01$), интенсивности свечения АНФ ($p<0.01$), доли лиц имевших АТ к дсДНК ($p<0.01$) и АТ к осДНК ($p<0.01$).

Выводы: у больных СКВ и ССД наблюдается образование антител к антигенам клеточного ядра. Мишени аутоантител различны при СКВ и ССД, что позволяет провести дифференциальную иммунологическую диагностику. Выявление положительного АНФ не является строго специфичным для СКВ и требует проведения исследований антител к компонентам клеточного ядра.

Сущук Е.А., Степанова Н.Н., Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Расем Салман, Зборовская И.А.

МЕТОД ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ

Волгоградская медицинская академия, кафедра госпитальной терапии; Волгоградский областной ревматологический центр; ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Целью исследования явилась разработка метода объективной оценки суммарной активности системной красной волчанки (СКВ) при динамическом наблюдении за больными.

Пациенты и методы: в исследование были включены 46 больных СКВ (93,5 % женщин) в возрасте от 17 до 62 лет (на момент первичного осмотра) с различной степенью активности СКВ, которые были прослежены в течение

2 лет. Динамическое наблюдение осуществлялось при повторных визитах с интервалом в 3 месяца. При каждом визите осуществлялось полное клиническое обследование пациентов, выполнялись клинические и иммунологические анализы. Для определения активности СКВ использовались шкалы Systemic Lupus Activity Measure (SLAM) и Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), которые рассчитывались с помощью программы ActiCard, v.1.2. Также при каждом визите регистрировалась кумулятивная доза кортикостероидов (КС) (в пересчете на эквивалентную дозу преднизолона), полученная пациентами. Решение об изменении терапии принималось лечащим врачом, который не был информирован о результатах формальной оценки активности болезни.

Для оценки суммарной активности СКВ за прошедший период была предложена методика расчета «площади под кривой» активности, выраженной в баллах соответствующего индекса. При расчете площади использовался алгоритм с применением правила трапецоида: для каждого $\boldsymbol{i}$ от **0** до $\boldsymbol{n}$**-1** суммировалось

$$\{ACT_i \cdot (T_{i+1} - ACT_i) + \tfrac{1}{2} \cdot (ACT_{i+1} - ACT_i)(T_{i+1} - T_i)\},$$

где $\boldsymbol{n}$ – число наблюдений; $\mathbf{ACT}_i$ – активность СКВ, при $\boldsymbol{i}$-ом наблюдении, выраженная в баллах для соответствующей шкалы; $\mathbf{T}_i$ – период наблюдения в месяцах, считая от момента первого наблюдения $\mathbf{T}_0$; $\mathbf{T}_0$ принималось равным 0. Результаты выражались в баллах. Для расчетов применялась программа SigmaPlot 2002 Version 8.0.

Для валидизации оценки использовался корреляционный анализ и построение характеристических кривых (с помощью пакета SPSS v11.0).

Результаты: при динамическом наблюдении за больными СКВ в течении 2 лет были выявлены значительные колебания активности, находившие свое отражения в значениях индексов SLAM и SLEDAI. Анализ повторных измерений не выявил статистически значимых различий в значениях индексов активности. Оценки суммарной активности СКВ показали удовлетворительную корреляцию между собой при задании 3-х, 6-и и 12-и месячных интервалов оценок (SLAM: $r_{3\text{-}6}$=0.724, p<0.01: $r_{3\text{-}12}$=0.542, p<0.05; $r_{6\text{-}12}$=0.612, p<0.01). Наблюдалась положительная корреляция между суммарной активностью СКВ и кумулятивной дозой КС, полученной пациентами (SLAM: r=0.686, p<0.01; SLEDAI: r=0.542, p<0.01; при измерении с 6-и месячным интервалом). При исследовании суммарной активности СКВ были выявлены больные с персистирующей высокой активность болезни, у которых проводимая КС терапия давала недостаточный эффект. Построение характеристических кривых было затруднено тем, что только 4 из 46 пациентов не получали КС к концу 2 года наблюдения, от приема КС смогли отказаться пациенты, суммарная активность болезни у которых не превышала 80 баллов в год по шкале SLAM и 30 баллов по шкале SLEDAI. При суммарной активности более 200 баллов в год по шкале SLAM и 100 баллов по шкале SLEDAI требовалось проведение пульс-терапии КС и цитостатиками.

Выводы: предложенный метод расчета суммарной активности СКВ с построением кривых динамического изменения активности и расчетом площади под кривой позволяет объективизировать оценку активности СКВ и оптимизировать лекарственную терапию.

Сыдыкова К.А.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ПОДРОСТКОВ

Кафедра внутренних болезней №1 КазНМУ имени Асфендиярова С.Д.
Алматы, Республика Казахстан

В настоящее время воспалительные заболевания суставов в подростковом возрасте - является наиболее актуальной. По данным литературы за последние годы отмечается больший процент диагностических ошибок (40%) реактивных артритов (РеА) и рост числа заболевания в пубертатном периоде (37%). Классическая картина РеА включает в себя "уретроокулосиновиальный синдром". Однако, при "неполной форме" заболевания диагностика синдрома Рейтера значительно усложняется.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей клинико-лабораторных проявлений РеА у подростков.

Для достижения вышепоставленной задачи нами обследовано 50 больных РеА в возрасте от 15 до 20 лет. Из них 82% подростков были мужского пола. Средняя продолжительность давности РеА у наблюдаемых колебалась от 1 недели до 4 лет. У всех больных при поступлении в стационар целенаправлено изучена эпиданамнез и произведена оценка клинических признаков РеА и лабораторные исследования: ОАК, проводились пробы на неспецифические воспалительные реакции (СРБ, фибриноген, сиаловые пробы), ОАМ. В работе использованы следующие инструментальные методы: типирование HLA- В 27 фенотипа; иммуно-ферментный анализ на обнаружения антител против хламидий; электрокардиография, эхокардиография; рентгенография пораженных суставов. Подросткам для выявления особенностей проявления суставного синдрома при РеА определялись симптомокомплексы предложенные Завирохиным В.А. (1993).

Заболеваемость РеА у данной категории лиц имела прямо пропорциональную зависимость от периода активации венерических болезней в летние месяцы и носоглоточной или кишечной инфекции осенью и зимой. Так например, 14,7% подростков впервые заболели в июле месяце, 9,5% - в августе, 16,2 - в октябре, 4.7% - в январе, 3,8% - в апреле.

Анализ проведенных исследований показал, что процент диагностических ошибок при верификации РеА у подростков достигал 54%. При этом наблюдается гипердиагностика РА (32%), несколько реже -ревматизма (12%) и АС (10%). Следует отметить, что наиболее частой причиной развития РеА явилось наличие инфекции в урогенитальной системе (54%), в частности в мочевыводящих путях (79%). При развернутой клинической картине РеА у подростков чаще встречается "неполная форма" РеА (54%). Начало заболевания у данного контингента характеризовалось наличием симптомов интоксикации (62%) и острым развитием суставного синдрома (70%) с выраженным экссудативным компонентом (72%). В дебюте болезни моно-олигоартрит был одним из доминирующих вариантов поражения опорно-двигательного аппарата (70%), при этом наибольший процент составили пораженные крупные суставы нижних конечностей (голеностопные 76%, коленные 72%). Сакроилеит установлен у 46%, ахиллоденит выявлен у 12%, однако подростков предьявляющих жалобы на боли в области илеосакрального сочленения и пяток было намного больше (62% и 74%). Одним из особенностей

висцеральных проявлений РеА данного контингента было частое поражение сердечной мышцы, что превышает показатель взрослых в 2 раза (62%). Тканевое типирование выявило: подростки с наличием HLA B27 антигена более подвержены поражению суставов при инфицировании кишечника или уретры (УРеА - 16%, ЭРеА - 14%), к тому же у них наиболее часто встречалось триада симптомов с затяжным течением.

Результаты лабораторных анализов свидетельствуют, что лейкоцитоз со смещением формулы влево у подростков с РеА наблюдается редко (16%), может обнаруживаться лейкопения (8%). При затяжных процессах уровень С-реактивного белка не во всех случаях может соответствовать степени активности воспаления.

Сырлыбаева Г.А.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Городская клиническая больница №1, Алматы, Республика Казахстан

Магнитно-резонансная томография (МРТ) обладает большей чувствительностью в выявлении костных эрозий по сравнению с проекционной рентгенографией.

В нашем исследовании мы провели МРТ 27 больным, из них: с Анкилозирующим спондилоартритом (АС) – 12, Реактивными артритами (РеА) – 11 пациентам и 4 больным с Ревматоидным артритом (РА). В последнем случае обследование проводилось, когда дебют заболевания проявился поражением тазобедренных суставов. Давность заболевания составила от 1 года до 3-х лет. Всем больным проводилось контрольная проекционная рентгенография.

При АС и хронической формой РеА проводилось МРТ-исследование илеосакральных сочленении, а при РА дополнительно - тазобедренных суставов.

При АС МРТ - исследование в 100% случаях выявило 2-х сторонний сакроилеит. Склерозирование в начальной стадии в основном локализуется в илео-сакральных сочленениях и только на поздней стадии в сакральных с прогрессирующим склерозированием и способствует возрастающей тенденции «завуалирования» хряща. Воспалительный процесс ведет к склерозированию и неравномерному сужению хряща и в конечном итоге к анкилозу.

Для хронического варианта РеА при давности воспалительного процесса свыше 2-х лет имеется так же склерозирование и неравномерное сужение илео-сакральных сочленении, только процесс чаще был односторонним.

При РА исследование илеосакральных сочленении выявило характерность 2-х стороннего поражения, узурации и отсутствие склерозирования.

Таким образом, при АС имеется двухсторонний процесс склерозирования в илеосакральных сочленениях, РеА – этот процесс односторонний, а для РА характерно наличие узурации.

Татаркина Н. Д., Татаркин А. А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Владивостокский государственный медицинский университет,
Владивосток, Россия

Цель: охарактеризовать клинические и эхокардиографические изменения у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы: проведено наблюдение за 45 пациентами мужского пола в возрасте 18-20 лет (средний возраст – 19,2 года) с ПМК. Пролабирование передней створки митрального клапана было в пределах I степени без выраженной регургитации. Для ультразвукового исследования сердца использован аппарат Aloca-2000, методики стандартные.

Полученные результаты: практически все пациенты (42) предъявляли жалобы на неприятные ощущения в области сердца, 25 отмечали одышку при физической нагрузке, 18 – сердцебиение и перебои в работе сердца, 5 – головные боли. Для большинства больных была характерна лабильность пульса от 48 до 68 ударов в 1 мин. Артериальное давление было в пределах 120-140/80-90 мм.рт.ст. По данным ЭКГ, синусовая брадикардия отмечена у 25, синусовая аритмия – у 18, блокады – у 9, экстрасистолы – у 8. При эхокардиографическом исследовании выявлены изменения: увеличение фракции изгнания (67,45±1,78%, норма – 60,30±2,90%, $p<0,05$) и толщины задней стенки левого желудочка (0,90±0,03 см, норма – 0,79±0,04 см, $p<0,05$); уменьшение конечного систолического размера левого желудочка (3,06±0,09 см, норма – 3,25±0,16, $p<0,001$), индекса массы миокарда левого желудочка (55,9±3,4 г/м^2, норма – 88,4±6,3 г/м^2, $p<0,001$). Кроме того, отмечено снижение размеров левого предсердия (2,96±0,07 см, норма – 3,29± 0,04 см, $p<0,01$) и диаметра легочной артерии (2,03±0,07 см, норма – 2,46±0,13 см, $p<0,01$).

Обсуждение: у молодых пациентов с ПМК без выраженной регургитации крови в левое предсердие в клинике преобладают кардиалгии и нарушения ритма сердечной деятельности, наклонность к повышению артериального давления. Имеют место признаки систолической дисфункции левого желудочка: увеличение фракции выброса и толщина задней стенки левого желудочка, снижение массы миокарда левого желудочка. Кроме того, отмечено уменьшение размеров левого предсердия и диаметра легочной артерии.

Выводы: для молодых пациентов с ПМК характерны кардиалгии и нарушения ритма сердечной деятельности; компенсация гемодинамики обеспечивается усиленной работой левого желудочка.

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

ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ

ММУ «Клиническая больница №3», Волгоград; РГМУ, Москва; ВМА, Волгоград, Россия

Вопросы планирования исходов операций являются одной из существенных проблем в ортопедии. Это особенно актуально при коррекции формы нижних конечностей. Даже незначительные осевые деформации приводят к раннему развитию деформирующего артроза коленных суставов. Визуальная оценка предварительного результата в период постепенной коррекции довольно субъективна и может в итоге привести к не вполне удовлетворительному итогу лечения.

Неразработанными вопросами являются: 1) выбор оптимальной для пациента компоновки аппарата внешней фиксации (расположение шарнирных узлов, резьбовых стержней, определение величины угла наклона опор аппарата к анатомической оси бедра и голени); 2) расчёт темпа, ритма и продолжительности дистракции, т.к. отсутствует прямая линейная зависимость между изменением длины резьбовых стержней и величиной смещения костных фрагментов на уровне кортикотомии.

Целью настоящего исследования было создание автоматизированной системы планирования и управления процессом косметической коррекции формы нижних конечностей.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели были разработаны программные средства, которые предназначены для: а) визуализации исходного состояния путём сканирования имеющегося фотоизображения, либо путём использования заранее созданного графического файла; б) выбора желаемого результата лечения; в) сохранения проекта для последующей обработки, печати и создания базы данных в виде фото архива. При этом осуществляется математический анализ выбранного пациентом проекта коррекции имеющейся деформации.

Результаты. Данная технология применена у 98 пациентов (основная группа), которым произведена коррекция малых осевых деформаций нижних конечностей. При сопоставлении с контрольной группой (107 человек), пролеченных традиционно, отмечено статистически достоверное снижение себестоимости и средних сроков реабилитации. При этом субъективное удовлетворение косметическими результатами лечения отметили 100% пациентов основной группы.

Обсуждение. В период консультаций и подготовки к операции пациенты должны активно излагать свои пожелания в отношении результата лечения. Сложность реализации лечения состоит в том, что при использовании аппаратов внешней фиксации последние препятствуют объективной оценке полученного результата коррекции, поскольку их габариты не дают возможности пациенту сблизить ноги до их смыкания по внутреннему контуру. Следовательно, использование в работе цифровой фотокамеры ускоряет процесс обработки данных, становится реальным проводить анализ исходного состо-

яния и планировать варианты результатов сразу при первичном обращении пациентов.

Выводы: возможность анализировать, планировать и рассчитывать визуальные, пространственные и временные параметры, как составляющие используемой технологии, обеспечивает высокий уровень точности, предсказуемости, наглядности и, следовательно, хороший результат ортопедической коррекции осевых деформаций нижних конечностей.

Трисветова Е.Л.

ВЛИЯНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Целью исследования было изучение структурных (ультразвуковых) и функциональных особенностей левого желудочка (ЛЖ) при малых аномалиях сердца (МАС).

Материал и методы. В исследовании участвовали 278 мужчин (средний возраст 21,1±1,4 года), не имеющих заболеваний сердца и внутренних органов. По результатам эхокардиографического исследования выделили группу с МАС (n=237), группу сравнения составили остальные пациенты без нарушений архитектоники сердца. МАС были представлены одиночными вариантами и сочетаниями. Большинство аномалий (98,1%) располагалось в левом желудочке.

Ультразвуковое исследование сердца проводили в М -, В -, допплеровском режимах на аппарате SSH-140A (Toshiba Япония) датчиком 3,75 МГц. Определяли стандартные морфометрические показатели, для расчета показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики использовали метод Teicholz L.E. Расчет диастолической функции ЛЖ проводили по результатам измерений трансмитрального кровотока, исследованного из апикального доступа в импульсно- волновом допплеровском режиме.

Результаты и обсуждение. Структурные параметры миокарда у пациентов с МАС не превышали нормальные возрастные значения, но отличались от результатов исследования группы сравнения. Размеры полости ЛЖ и объемные показатели в систолу (КСР=3,0±0,1 см; $p<0.05$; КСО=39,6±1,1 мл; $p<0,05$) и диастолу (КДР=4,8±0,2 см; $p<0,05$; КДО=107±2,3 мл; $p<0,05$) были меньше, чем в группе сравнения. Толщина межжелудочковой перегородки (1,0±0,1 см) достоверно различалась ($p<0.05$) в сравниваемых группах с преобладанием ее величины у пациентов с МАС. Показатели сократительной функции сердца и внутрисердечной гемодинамики также отличались при МАС. Гиперкинетический тип гемодинамики определялся у большинства (82,7%) пациентов с МАС, в то время как в группе сравнения —значительно реже (8,4%). Минутный объем составил 5,3± 0,3 л/мин против 4,1±0,4 л/мин ($p<0,05$) в группе без аномалий, величина ударного объема в обеих группах достоверно не различалась. Скоростные и временные характеристики трансмитрального кровотока были изменены при МАС. Определялось снижение

скорости пассивного наполнения (Ve=0,78±0,01м/с; p<0,05) и увеличение отношения скорости его позднего наполнения (E/A=1,39±0,01; p<0,05). При МАС, изменяющих геометрию ЛЖ в диастолу (39% всех наблюдаемых с МАС), отношение скоростных показателей было достоверно выше, чем во всей группе (1,53±0,001; p<0,05). Показатели диастолической функции ЛЖ характеризовались удлинением продолжительности времени потока раннего наполнения (DT=0,17±0,01 с; p<0,05), в случае измененной геометрии ЛЖ оно удлинялось значительнее (0,19±0,01 с; p<0,05).Статистически достоверными оказались различия времени изоволюметрического расслабления ЛЖ: IVRT=0,086±0,001 с; p<0,05.

Результаты исследования показали, что при врожденных отклонениях развития внутрисердечной архитектоники изменяются размеры и функция сердца. Уменьшение размеров левого желудочка происходит под влиянием экстракардиальных и кардиальных причин, среди которых имеют место, формирование «плоской « грудной клетки, уменьшение венозного возврата крови, сама аномалия, вызывающая изменение геометрии левого желудочка, снижение эластических свойств миокарда, обусловленное врожденными особенностями интерстиция.

Выводы.

1. При малых аномалиях сердца уменьшается полость левого желудочка и изменяется внутрисердечная гемодинамика.

2. Сократительная функция сердца при малых аномалиях сопровождается повышением интенсивности деятельности органа и снижением резерва сердечно-сосудистой системы.

3. Малые аномалии сердца сопровождаются изменением диастолической функции левого желудочка, обусловленным повышением ригидности и снижением эластичности интерстиция миокарда.

Трисветова Е.Л.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ АНОМАЛЬНЫХ ХОРД

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Целью исследования явилось изучение влияния топографических вариантов аномальных хорд на анатомические особенности левого желудочка и изменение внутрисердечной гемодинамики.

Материал и методы. Обследовано 118 практически здоровых мужчин (средний возраст 20,1 ± 1,1 года) с АРХ левого желудочка. Ультразвуковое исследование проводили в одномерном, двухмерном и допплеровском режимах на аппарате SSH-140A (Toshiba Япония) датчиком с частотой 3,75 МГц. Методика двухмерной эхокардиографии соответствовала рекомендациям Американской эхокардиографической ассоциации по номенклатуре и стандартам. АРХ диагностировали, используя стандартные и нестандартные доступы и проекции, при обнаружении эхоплотного линейного образования, не имеющего связи с клапанным аппаратом. Расположение хорд определяли как продольное, диагональное, поперечное относительно длинной оси серд-

ца и, ориентируясь на горизонтальные плоскости, верхушечное, срединное, базальное. Изучали эхогенность тканей в местах прикрепления аномальных хорд, длину, толщину нитей, скорость кровотока по их протяжению, изменение геометрии левого желудочка и другие морфометрические и функциональные признаки.

Результаты и обсуждение. Частота прижизненного выявления АРХ у мужчин молодого возраста составила 8,27 %. У 118 пациентов с АРХ левого желудочка одиночные аномалии выявлены в 49,15 % случаях, множественные аномалии (сочетания двух АРХ, АРХ и пролапса митрального клапана, АРХ и аномалии папиллярной мышцы и др.) — в остальных. Общее количество обнаруженных АРХ составило 136.

Поперечное положение аномальных хорд являлось наиболее распространенным (61,76 %). Поперечные аномальные хорды встречались в верхушечном отделе в 42, в срединном - в 16, в базальном - в 26 случаях. Диагональные хорды обнаруживались в 35,3 % случаев, продольные — в 2,94%. Аномальные хорды имели точки прикрепления у верхушки, средней части, основания папиллярных мышц, и тянулись к межжелудочковой перегородке, свободной стенке левого желудочка, другой папиллярной мышце. Короткие хорды срединного, базального и срединно-базального положения изменяли геометрию левого желудочка (χ^2=75,43; $p < 0.001$). Они сопровождались появлением сверхскоростных потоков в местах прикрепления или по протяжению нити. При удлиненных хордах базального положения, смещающихся в выходной отдел левого желудочка, определялся градиент давления между трансаортальным потоком и кровотоком выходного тракта. Уплотнение тканей в участках прикрепления хорды и гипокинезия либо дискинезия встречались при относительно коротких хордах, расположенных базально. Статистически достоверная связь определялась при сочетании АРХ с другими анатомическими аномалиями (χ^2= 36,17; $p < 0.001$).

Таким образом, результаты исследования показывают необходимость выявления топографических вариантов аномальных хорд, неоднозначно изменяющих структуру левого желудочка и сопровождающихся особенностями внутрисердечной гемодинамики. Распознавание топографических вариантов аномальных хорд способствует качественной дифференциальной диагностике с другими патологическими состояниями, имеющими похожие ультразвуковые признаки.

Выводы.

1. Ультразвуковым методом выявляются различные топографические варианты аномальных хорд, среди которых преобладает поперечный (61, 76%).

2. Неблагоприятное влияние на внутрисердечную гемодинамику оказывают срединные, базальные, срединно-базальные, короткие и удлиненные аномальные хорды.

3. Короткие АРХ часто сопровождаются фиброзными изменениями в местах прикрепления к стенкам желудочка.

Трофименко А.С., Емельянова О.И., Кулик С. В., Сычева Г.Ф., Емельянов Н.И., Зборовский А.Б.

ЭНЗИМАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ДНК-АЗЫ I В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

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

Материалы и методы. Определение производилось спектрофотометрическим методом, основанном на определении кислоторастворимой фракции, освобождающейся при воздействии фермента на субстрат (0,1% раствор высокополимеризированной ДНК). Смесь, состоящую из 1 мл субстрата, 2 мл К - фосфатного буфера pH 7.0, 0,8 мл 0,01 М MgCl2 и 0,2 мл сыворотки инкубировали в течение 2 часов при 37°, а затем реакцию прерывали, добавляя 2 мл 1,5 М хлорной кислоты. Контрольную пробу приготовляли так же, с той лишь разницей, что сыворотку добавляли после хлорной кислоты. Пробы центрифугировали в течение 15 мин со скоростью 5 000 оборотов в минуту. Изменение оптической плотности исследовали на спектрофотометре при длине волны 260 нм против контрольной пробы. Таким способом была определена биохимическая активность ДНК-азы I в сыворотке крови у 10 практически здоровых доноров станции переливания крови и 10 больных СКВ с различной степенью активности.

Результаты. Активность ДНК-азы I у доноров составило 9.0 – 9.8 ЕА/мл, что соответствует содержанию ДНК-азы I в крови здоровых лиц. Активность ДНК-азы I в сыворотке крови больных СКВ было в пределах 4,3 – 4,7 ЕА/мл.

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

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

В последнее время опубликованы данные, свидетельствующие в пользу подобных предположений. В ходе исследования экспериментальных моделей СКВ (мышей линии NZB/W F1) выявлено снижение активности ДНК-азы I в сыворотке крови (Macanovic M., Lachmann P.J., 1997; Yasutomo K. et al., 2001), а также мутация гена, кодирующего ДНК-азу I (Yasutomo K et al., 2001; Schneider M.C. et al., 2001). Более того, направленная мутация этого гена у здоровых мышей вызывала развитие у них СКВ-подобного синдрома (Napirei M. et al., 2000). У больных СКВ также выявлены снижение активности ДНК-азы I в сыворотке крови и мутация гена ДНК-азы I (Tew M.B. et al., 2001; Yasutomo K et al., 2001; Balada E. et al., 2002). Однако имеются данные о нарастании активности сывороточного ингибитора ДНК-азы I у больных СКВ (Lachmann P.J., 1961, Frost P.G., Lachmann P.J., 1968). В роли инги-

битора потенциально могут выступать G-актин, гепарин, гистидин, дефицит Mg2+, а также антитела к ДНК-азе I.

Выводы. Полученные нами результаты, говорят о снижении ферментативной активности ДНК-азы I в сыворотке крови больных СКВ, что согласуется с данными литературы. Дальнейшее исследование причин этой закономерности может иметь как теоретическое, так и практическое значение.

Уэнди Иннес

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЕКАТЕРИНБУРГЕ

Нортумбрийский Университет, Ньюкасл, Великобритания

Цели. Организовать в Екатеринбурге проведение обучающей программы для пациентов с ревматоидным артритом.

Оценить эффективность программы с помощью анкет, заполняемых пациентами, прошедшими обучение по программе.

Предпосылки

В Великобритании обучение становится все более важным компонентом лечения пациентов с ревматоидным артритом, и среди положительных моментов использования обучения отмечают не только повышение независимости пациентов и уменьшение боли, но и снижение затрат на лечение .

Метод исследования

Чтобы выяснить, насколько хорошо пациенты с ревматоидным артритом знают свое заболевание, были опрошены пациенты ревматологического отделения одной из больниц Екатеринбурга. На основе полученных данных была составлена и начата программа, состоящая из четырех занятий, каждое продолжительностью в один час. В программе освещались такие темы, как: влияние болезни на суставы, нормальное движение в сустававх, использование упражнений и модификация упражнений для периодов обострения и ремиссии, функциональные положения, исполльзуемые в состоянии покоя, защита суставов и простейшие способы облегчения боли. За оцениваемы период полное обучение по программе прошел 51 пациент. В конце обучения пациентов просили заполнить анкету.

Результаты

Все участники без исключения посчитали программу полезной для себя. Наиболее полезными оказались занятия, посвященные упраж.нениям, облегчению боли и функциональным положениям, используемым в состоянии покоя. Пациентами было сделано несколько предложений по улучшению программы, наиболее часто ими указывалась необходимость предоставления печатного материала (39.2%) и использования наглядных пособий на занятиях (27.5%). Многие предложения пациентов были учтены, и в конечном итоге были составлены буклет для пациентов и методическое пособие по составлению и проведению подобной программы.

Выводы

Существуют данные, свидетельствующие о том, что программы, нацеленные на обучение пациентов «самостоятельно справляться» со своим заболе-

ванием, чрезвычайно эффективны в клиническом отношении, и даже могут помочь снизить затраты на лечение пациентов. Несмотря на то, что составленная нами программа содержит элементы «самолечения», ее нельзя в полной мере назвать программой по самолечению, так как в ней не затрагиваются темы постановки целей и планирования действий, которые являются ключевыми темами любой программы по самолечению. Проведение подобной программы было невозможно в рамках данного исследования, но положительные отзывы, полученные от пациентов, позволяют предположить, что проведение даже простейшей обучающей программы будет иметь свой эффект.

Заключение

Обучающая программа была высоко оценена пациентами. Представляет интерес исследование эффективности обучающей программы в течение более длительного срока, а также сравнение клинической значимости программы для пациентов, прошедших обучение по разным программам, чтобы выяснить, какие из программ работают наиболее эффективно в России.

Харченко С.А., Грехов Р.А., Кедрова В.Л., Черкесова Е.Г., Новикова О.В., Зборовский А.Б.

ФЕНОМЕН АЛЕКСИТИМИИ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ СКВ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Алекситимический радикал в структуре преморбидной личности привлекает особое внимание исследователей, как один из возможных психологических факторов риска развития соматопсихических расстройств при ревматических заболеваниях. Клинический опыт подтверждает правомерность концепции алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии, что может оказывать непосредственное воздействие на соматику с неблагоприятными последствиями.

Целью настоящей работы явилось изучение взаимосвязи уровня алекситимии с другими клинико-психологическими характеристиками у 30 больных системной красной волчанкой (СКВ). Для измерения алекситимии использовалась Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS) .

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных СКВ отмечается высокий уровень алекситимии (73,86 ± 2,6 балла). Кроме того, результаты исследования указывают на определенную роль феномена алекситимии в патогенезе соматопсихических расстройств при СКВ, которая, с одной стороны, не зависит от пола, возраста, характера течения и активности патологического процесса, а с другой стороны, выявлена достоверно значимая обратная корреляционная зависимость выраженности алекситимии и уровня образования пациентов ($r=-0,42$ при $p=0,031$), и интернальностью в межличностном взаимодействии ($r=-0,44$ при $p=0,028$), и прямая достоверно значимая корреляционная связь с такими показателями, как длительность заболевания ($r=0,46$ при $p=0,01$), общая невротизация (астения

(r=0,42 при p=0,033), депрессия (r=0,52 при p=0,006), тревога (r=0,43 при p=0,028), ипохондрия (r=0,48 при p=0,01) и механизмом психологической защиты «Регрессией» (r=0,42 при p=0,022).

Таким образом, между развитием феномена алекситимии у больных с СКВ и некоторыми клинико-психологическими характеристиками установлена определенная взаимосвязь, имеющая преимущественно причинно-следственную природу, понимание которой имеет значение для организации профилактических мероприятий, направленных на коррекцию алекситимических черт.

Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Институт усовершенствования врачей, Областной центр диагностики и профилактики ревматических заболеваний и остеопороза, Иркутск

Целью настоящего исследования явилось изучение отдаленных исходов переломов проксимального отдела бедра у лиц старше 50 лет в популяции г.Иркутска.

Для оценки заболеваемости проводился ретроспективный анализ случаев переломов бедра за 1995-1997 гг. у лиц старше 50 лет. За указанный период было зарегистрировано 660 переломов бедренной кости среди 415680 лиц старше 50 лет. Исходы оценивались через 3 года у 172 пациентов, получивших перелом бедренной кости в 1997 году.

Частота переломов проксимального отдела бедра в Иркутске составила 158,8/100000. Переломы бедра достоверно чаще встречались у женщин, и соотношение женщины/мужчины составило 1,5:1. Наименьшая заболеваемость, как у мужчин, так и у женщин зарегистрирована в возрастной группе 50-59 лет, с преобладанием у мужчин (женщины/мужчины=1:2). В последующем с каждым пятилетием возраста отмечен рост числа переломов, с достижением максимальных показателей после 75 лет, и, соотношение женщины/мужчины составило 2:1.

Прослежены исходы переломов у 172 пациентов. После травмы умерли 18 (10,5%) человек, из них в стационарах города – 14 пациентов, госпитальная летальность составила 8,1%. Через 6 месяцев умерли 22 из 172 больных, и летальность составила 12,8%. Через год после перелома летальность возросла до 23,3%. К концу второго года умерли 56 из 172 пациентов, и летальность составила 32,6%. К концу третьего года общая летальность составила 45,9%, что в 5 раз превышает показатели летальности в репрезентативной по возрасту выборке в г.Иркутске. Среди выживших пациентов через 6 месяцев прикованными к постели оставались 51 (34%), ограничение двигательной активности в пределах квартиры или комнаты имели 88 (58,7%), лишь 8 (5,3%) из 150 больных могли с использованием вспомогательных приспособлений выходить на улицу. Через год увеличилось число лиц, которые могли покидать квартиру, но остался значительный удельный вес больных, прикованных к постели и находящихся в квартире (55,3%). К концу второго года почти половина пациентов (49,1%) могла вы-

ходить на улицу, однако 25,9% больных оставались «узниками квартиры». Через три года после перелома полностью восстановившимися считали себя лишь 18%, около 8% оставались прикованными к постели, и каждый пятый имел ограничение двигательной активности в пределах квартиры. При этом за 3 года из оставшихся в живых пациентов в 13,2% случаев наблюдались повторные переломы, в том числе у 2,1% больных (1428/100000) повторные переломы бедра, что в 8,8 раз превышает показатели частоты переломов бедра у лиц после 50 лет в г.Иркутске.

Таким образом, наряду с высокой летальность, социальной дезадаптацией, у больных после перелома бедренной кости сохраняется высокий риск развития повторных переломов, в том числе и проксимального отдела бедра.

Цхададзе Н.Д., Сивордова Л.Е., Деревянко Л.И., Заводовский Б.В., Зборовская И.А.

ОСТЕОПОРОЗ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ: ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
Кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии,
Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза,
Волгоград, Россия

Остеопороз (ОП) - это гетерогенное заболевание многофакторного генеза, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники кости с последующим повышением хрупкости костей и учащением риска их переломов. Большой интерес вызывает ОП при анкилозирующем спондилоартрите. По литературным данным терапия ОП этидронатом при болезни Бехтерева (ББ) приводит к уменьшению болевого синдрома, утренней скованности и увеличению динамику минеральной плотности костной ткани (МПКТ) (D. Mitra et al. 1995). Сведений о лечении ББ альфакальцидолом в литературе не обнаружено, поэтому изучение этого вопроса представляется интересным.

Целью работы было изучить влияние альфакальцидола (Альфа Д-3 ТЕВА, Израиль) на течение ОП при ББ, рассмотреть возможность его использования в комплексной терапии.

Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялось методом ультразвуковой денситометрии с использованием аппарата UBIS-3000 (Франции). Концентрация остеокальцина и Cross Laps определялись иммуноферментным методом с использованием набора OSTEOMETER производства Дании.

Под нашим наблюдением находились 84 больных с достоверным диагнозом ББ. Из них было 83 мужчины и 1 женщина, в возрасте от 17 до 76 лет. Минимальную степень активности ББ (I) имели 11 человек (13,1%), среднюю (II) - 68 (80,95%), максимальную (III) -5 пациентов (5,95%). Медленнопрогрессирующее течение диагностировано у 51 (60,7%) – больных, быстропрогрессирующее – у 33 (39,3%) пациентов. Центральная форма болезни выявлена у -24 (28,57 %) больных, ризомелическая у - 25 (29,76%), периферическая у – 34 (40,48%), Скандинавская – у 1 (1,19%) пациента. У 39 (46,4%) обследуемых отмечалась функциональная недостаточность суставов

I степени, у 45 (53,6%) – II степени. Все больные имели двусторонний сакроилеит. I рентгенологическая стадия поражения илеосакральных суставов выявлена у 6 (7,14%) больных, II - у 55 (65,48%) , III - у 17 (20,24 %) , IV стадия - у 6 (7.14 %) пациентов.

У 40 пациентов (47,62% случаев) была обнаружена сниженная минеральная плотность костной ткани. Они чаще предъявляли жалобы на боли в костях, уменьшение мышечной силы по сравнению с пациентами с нормальной МПКТ. У них были повышены маркеры костной резорбции: cross-laps, кислая фосфатаза, кальций мочи. Показатели костного формирования: остеокальцин, общая щелочная фосфатаза были в пределах нормы.

Больные получали следующую терапию: I-ая группа - 15 больных с ББ - альфакальцидол в дозе от 0.5 мкг, до-1,0 мкг в сутки в течение от 6 до 12 месяцев, под контролем уровня общего кальция сыворотки крови один раз в месяц. Контрольную группу составили 25 больных с остеопорозом не получающие антиостеопоретические препараты. Все показатели изучались до лечения и через 6-12 месяца от его начала. В I-ой группе наблюдалась достоверная положительная динамика МПКТ, уменьшились боли в костях, увеличилась мышечная сила, достоверно снизились изначально повышенные показатели костной резорбции : Cross Laps, кислая фосфатаза, кальций в суточной моче.

Таким образом, применение альфакальцидола в комплексной терапии больных ББ приводит к улучшению минерализации костной ткани и способствует нормализации костного обмена, уменьшению болевого синдрома. Разработка способов коррекции снижения МПКТ при данной нозологии представляется весьма перспективной задачей.

Цхададзе Н.Д., Сивордова Л.Е., Фофанова Н.А., Заводовский Б.В., Зборовская И.А.

РАСПОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН;
Кафедра госпитальной терапии Волгоградской медицинской академии;
Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза;
Волгоград, Россия

Остеопороз (ОП) является широко распространенным обменным заболеванием костей и может рассматриваться как частая причина заболеваемости, смертности, увеличения расходов на здравоохранение во всем мире.

Особенно большой интерес вызывает остеопороз при некоторых ревматических заболеваниях, в том числе при анкилозирующем спондилоартрите. В последние годы стало очевидным, что остеопороз занимает важное место среди разнообразных осложнений этого заболевания.

Распространенность остеопороза при болезни Бехтерева (ББ) мало изучена и механизм его развития до сих пор не выяснен. Можно предположить, что в развитии ОП при этом заболевании может играть роль тяжесть заболе-

вания, возраст пациента, инвалидизация, хроническое иммунное воспаление, ограничение двигательной активности, частый прием глюкокортикостероидных препаратов в качестве активной противовоспалительной терапии. Анкилозирующий спондилоартрит, как и остеопороз, характеризуется болями в области позвоночника, ребрах, крупных суставов.

Распространение болезни Бехтерева в различных странах составляет 0,5-2% (Monds J., Hughes G., 1985). Анкилозирующий спондилоартрит развивается главным образом у молодых мужчин, в возрасте 15-30 лет. Данное заболевание приводит к значительному ухудшению качества жизни и ранней инвалидизации больных трудоспособного возраста.

Целью нашей работы было изучить распространенность ОП при ББ, оценить его роль в развитии болевого синдрома в позвоночнике.

Под нашим наблюдением находились 84 больных с достоверным диагнозом ББ. Диагноз ставился в соответствии с критериями, предложенными на международном Симпозиуме в Риме (1961) и Нью-Йорке (1968). Из обследуемых пациентов было 83 мужчины и 1 женщина, в возрасте от 17 до 76 лет . Средний возраст больных был 38,52 $\pm$ 1,41 лет. Средняя длительность заболевания у больных составила 5,8 $\pm$ 0.68 лет. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялось методом ультразвуковой денситометрии с использованием аппарата UBIS-3000 (Франции). Концентрация остеокальцина и Cross Laps определялись иммуноферментным методом с использованием набора OSTEOMETER производства Дании. Концентрация кальция в крови и моче определялись биохимическим методом с использованием наборов фирмы «LACHEMA».

У 40 пациентов (47,62% случаев) была обнаружена сниженная минеральная плотность костной ткани. Они чаще предъявляли жалобы на боли в костях, уменьшение мышечной силы по сравнению с пациентами с нормальной МПКТ. У них были повышены маркеры костной резорбции: cross-laps, кислая фосфатаза, кальций мочи. Показатели костного формирования: остеокальцин, общая щелочная фосфатаза были в пределах нормы.

Таким образом, снижение минеральной плотности костной ткани у больных анкилозирующим спондилоартритом обнаруживается в 47,62% случаев, что приводит к усилению болевого синдрома и способствует прогрессированию заболевания. Остеопороз при этом заболевании характеризуется высоким уровнем костного обмена. Следовательно, выяснение клинических особенностей остеопороза при ББ, разработка способов коррекции снижения минеральной плотности костной ткани при данной нозологии представляется весьма актуальной и перспективной задачей.

Чижов П.А. , Рышкевич А.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА

Медицинская Академия, Ярославль, Россия

Цель работы: изучить иммунологические особенности у молодых людей с различными соединительно-тканными дисплазиями сердца (СТДС).

Материалы и методы: у 120 человек (65 юношей, 55 девушек) в возрасте 23±2.5года проведена ЭХО-кардиоскопия и исследование крови на определение уровня IgG, IgM, IgA методом реакции иммунодиффузии в геле по Маньчини, а также определение уровня ЦИК спектрофотометрическим методом.

Результаты: Пролапс митрального клапана (ПМК) без нарушения гемодинамики диагностирован у 45% обследованных (41 человек), поперечная хорда (ПХ) в области верхушки у 17.5% обследованных (16 человек), сочетание ПМК и ПХ установлено в 16.5% случаев(15 человек), сочетание ПМК и пролапса трикуспидального клапана (ПТК) в 11% случаев (10 чел.), митрально-папиллярная дисфункция (МПД) в 9.9% случаев (9 человек). Никаких отклонений в строении сердца не было обнаружено у 29 человек (24.2%).

При анализе иммунологических показателей было установлено, что в группе обследованных с ПМК наблюдался пониженный уровень IgM(средняя величина 0.48±0.06 г/л (при норме 0.7-1.5г/л) и повышенный уровень ЦИК (59.4±0.53г/л усл.ед. при норме 18-45 усл.ед.).

В группе обследованных с ПХ, также как и у обследованных с ПМК, обнаружен пониженный уровень IgM(0.56±0.01г/л). У лиц с сочетанием ПМК и ПХ наблюдался пониженный уровень IgM (0.44±0.016 г/л), повышенный уровень ЦИК (62.4±0.09 усл.ед.) и повышенный уровень IgA (2.8±0.13 г/л при норме 1.0-2.5 г/л). При сочетании ПМК с ПТК обнаружен пониженный уровень IgG (8.6±0.04 г/л при норме 9.0-16.0 г/л), пониженный уровень IgM (0.66±0.02 г/л), повышенный уровень IgA (3.12±0.014 г/л). У лиц с митрально-папиллярной дисфункцией обнаружен пониженный уровень IgM (0.55±0.022 г/л).

Иммунолгические показатели в группе обследованных без каких-либо СТД не имели каких-либо отличий от нормы.

Обсуждение: таким образом, различные соединительнотканные дисплазии сердца обнаружены у 75.8% практически здоровых обследованных. При наличии любой СТДС имеют место те или иные отклонения иммунологического статуса.

При сочетании различных СТДС - ПМК+ПХ или ПМК+ПТК иммунологические нарушения отмечаются со стороны большего числа иммуноолгических показателей.

Снижение уровня IgM наблюдается при всех обнаруженных видах СТДС.

Выводы: полученные данные позволяют предполагать, что состояние исследованных иммунологических показателей связано с наличием или отсутствие соединительнотканных дисплазий сердца и, возможно, возникновение и тех и других нарушений определяется какими-то одними общими наследственными особенностями организма.

Чижова М.П. , Чижов П.А.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫХ ДИСПЛАЗИЙ СЕРДЦА И ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОСКОПИИ И СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель работы: изучить частоту и характер соединительнотканных дисплазий сердца (СТДС) и особенности параметров эхокардиоскопии и синдрома вегетативной дистонии (СВД) у лиц молодого возраста с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы: обследованы 201 студент медицинской академии в возрасте от 20 до 23 лет: 130 женщин (65%) и 70 мужчин (35%). У всех проводили ЭХО-КС приборами фирмы Acusson или Shimadzu и исследование состояния вегетативной нервной системы с помощью опросников Вейна.

Результаты: Установлено, что наиболее распространенной СТДС (у 51.7% обследованных), причем одинаково часто и у мужчин (54.9%) и у женщин (50%), является пролапс митрального клапана, чаще 1 степени (46.8%). Что касается пролапса трикуспидального клапана (ПТК) в изолированном виде и его комбинации с ПМК, добавочными хордами (ДХ) или митрально-папиллярной дисфункцией (МПД), то он встречается существенно чаще у мужчин (29.6%), чем у женщин (13%). ДХ в изолированном виде или в сочетании с ПМК, ПТК или МПД обнаружены у 24.4% обследованных, причем изолированные ДХ встречаются чаще у женщин (13.1%), чем у мужчин (4.6%). Существенные нарушения гемодинамики при наличии пролапсов в нашем обследовании отсутствовали, хотя у части обследованных и наблюдалась регургитация в надклапанное пространство. Вместе с тем, при анализе параметров ЭХО-КС у лиц с ПМК установлено, что у них достоверно ниже, чем у обследованных такого же возраста без каких-либо СТДС, конечно-диастолический (КДО) и конечно-систолический (КСО) объемы ($p<0.05$) и имеет место тенденция ($p<0.1$) быть выше фракция выброса.

Исследование наличия СВД по опроснику Вейна выявило его у 149 человек, т.е. у 74.1% обследованных. У женщин СВД по опроснику Вейна встречался в 1.8 раза чаще, чем у мужчин (87.7% против 49.3%). По схеме Вейна СВД диагностировался у меньшего числа обследованных – у 42, что составляет 21% от всей выборки, причем различия в частоте диагностики вегетативной дистонии между мужчинами и женщинами по схеме Вейна были еще более выраженными: у женщин вегетативная дистония этим методом диагностировалась у 31.5% от всех обследованных женщин, а у мужчин – всего у 1.5% наблюдавшихся. Установлены достоверное нарастание симпатических и снижение парасимпатических влияний по группе с ПМК в целом и в группе обследованных с ПМК 1 степени.

По группе с ПМК в целом установлены отрицательные корреляции слабой силы между суммой баллов по вопроснику Вейна и конечно-диастолическим размером левого желудочка и ударным объемом, а также отрицательная корреляция слабой силы между суммой баллов по схеме Вейна и ударным объемом.

Обсуждение: при использовании ЭХО-кардиоскопов высокой разрешающей способности различные СТДС диагностируются почти у 75% обследованных молодых людей. Наиболее частой СТДС является ПМК. При наличии ПМК достоверно ниже, чем у обследованных такого же возраста без каких-либо СТДС, конечно-диастолический и конечно-систолический объемы ($p<0.05$) и имеет место тенденция ($p<0.1$) быть выше фракция выброса. У лиц с ПМК установлено достоверное нарастание симпатических и снижение парасимпатических влияний. У женщин СВД диагностируется значительно чаще, чем у мужчин. Выраженность СВД отрицательно коррелирует с некоторыми параметрами ЭХО-КС, в частности ударным объемом.

Выводы: наиболее частой СТДС является ПМК. КДО и КСО у лиц с ПМК достоверно ниже, а фракция выброса выше, чем у людей без каких-либо СТДС. В основе этого, по-видимому, лежит СВД – нарастание симпатических и уменьшение парасимпатических влияний. Все это позволяет рекомендовать у лиц с пролапсом митрального клапана проводить коррекцию вегетативных нарушений для уменьшения симпатических влияний.

Чучканов Ф.А., Марасаев В.В.

ОЦЕНКА ЛОКАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования: провести клинико-инструментальную топическую оценку локального воспаления коленного сустава у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования: На основании обследования 45 больных РА (все женщины, средний возраст 48,7±6,12 года, длительность болезни 8,92±5,34 года) мы попытались более детально рассмотреть локализацию воспаления в костных структурах коленного сустава (кс). С этой целью провели анализ показателей эмиссионной компьютерной томографии (ЭКТ) в различных срезах исследуемых участков.

Результаты: было отмечено, что показатели площади свечения и плотности накопления радиоизотопов в бедренной кости у больных РА были достоверно выше по сравнению с контрольной группой на всех срезах томограммы ($p<0,001$). При этом стоит заметить, что в контрольной группе наибольшая плотность накопления была зафиксирована на центральном срезе, с последующим снижением показателя к периферии (медиальной и латеральной). У больных РА изотоп распространялся примерно с одинаковой интенсивностью по всей поверхности головки бедренной кости. Для выявления взаимосвязи показателей ЭКТ с клинико-лабораторными и инструментальными данными РА, мы провели корреляционный анализ между ними. Отмечалась высокая положительная корреляционная зависимость площади свечения коленного сустава с активностью РА, причем, в большей мере с локальной, о чем свидетельствовали высокие цифры коэффициента корреляции и площади суставного поражения (общая, $r=+0,69$; нижних конечностей, $r=+0,67$); индекса Ричи (общий, $r=+0,52$; нижних конечностей,

r=+0,85), суставным индексом (СИ кс, r=+0,58; СИ гсс, r=+0,56), и в особенности с количеством и индексом воспаленных суставов нижних конечностей (r=+0,92 и r=+0,81 соответственно). Кроме этого, была выявлена корреляционная связь площади свечения с возрастом (r=-0,41), функциональной недостаточностью суставов (ФНС, r=-0,63; Тест Lee общий, r=-0,56; Тест Lee для нижних конечностей, r=-0,65), а также с рентгенологической стадией коленного сустава (r=-0,46).

Выводы: таким образом, можно отметить, что при РА воспаление, кроме синовиальной оболочки затрагивает и костные структуры, причем распределение радиоформпрепарата отмечается равномерно по всей толщине кости. Также, данный процесс в большей степени коррелирует именно с локальной, а не общим активностью РА.

Шилкина Н.П., Пизова Н.В.

ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ярославская государственная медицинская академия, Россия

Цель: изучение неврологической симптоматики у больных ревматического профиля.

Материалы и методы: У 263 больных различными формами ревматических заболеваний (РЗ), среди которых 134 больных страдали диффузными заболеваниями соединительной ткани и 129 больных - системными васкулитами, проведено детальное неврологическое исследование в сочетании с изучением иммунного статуса, системы гемостаза, ангиоскенированием и ультразвуковой допплерографией сосудов, реоэнцефалографией, электроэнцефалографией, компьютерной и магнитнорезонансной томографией головного мозга.

Результаты: Поражения центральной нервной системы имели место у 82% больных, являясь наиболее выраженными при СКВ, неспецифическом аортоартериите, узелковом полиартериите. Цереброваскулярная патология была доминирующей в клинической картине болезни у 34,7% больных, а иногда разнообразные симптомы поражения ЦНС развивались задолго до появления полисиндромной картины заболевания. Основные клинические проявления цереброваскулярной патологии включали : цефалгический (82%), астенический (76%), вестибулярно-атактический (80%), пирамидный (74%) синдромы, синдром вегетативно-сосудистой недостаточности (69%), диссомнический (79%) и базально-оболочечный (37%). Гипоталамическая дисфункция у больных РЗ проявлялась полиморфными нейроэндокринными расстройствами, нарушением терморегуляции, преимущественно по типу пароксизмальной центральной гипертермии, инсомнией, патологией психоэмоциональной сферы. При использовании методов магнитнорезонансной и/или компьютерной томографии было выявлено изменение желудочковой системы в виде ее расширения или деформации и/или расширения субарахноидального пространства, а также очаговые поражения различных структур головного мозга, атрофия вещества мозга и краниовертебральные аномалии. Признаки наружной, внутренней или сочетанной гидроцефалии отмечались

при всех нозологических формах. Очаговые изменения вещества мозга включали гиперденситивные зоны, гиподенситивные зоны с отеком или без него, единичные или множественные.

Корреляционный анализ цереброваскулярной патологии и результатов инструментальных исследований сосудов головного мозга показал, что при всех нозологических формах у пациентов имело место нарушение венозной гемоциркуляции. В последующем происходило сужение церебральных артерий, ликвородинамические нарушения с формированием внутричерепной гипертензии, нарушением системы микроциркуляции в головном мозге. Очаговые поражения головного мозга отличались локализацией процесса в зависимости от нозологической формы. У 39% больных СКВ молодого возраста с поражением ЦНС имели место нарушения мозгового кровообращения, причем у половины из них инсульт развился в начале заболевания. Одновременно с инсультом в дебюте СКВ у больных чаще выявлялась "сосудистая бабочка" и/или вазоспастический синдром, повышение артериального давления, чаще диастолического. У этих больных отмечались умеренные или высокие титры кардиолипинов IgG, антител к нативной ДНК и РФ IgM, что могло свидетельствовать о наличии текущего церебрального васкулита. Эти данные подтверждались наличием гипертонуса резистивных интракраниальных сосудов и патологией микроциркуляторного русла в виде увеличения количества функционирующих капилляров, их выраженной извитостью с замедлением кровотока в артериолах. Изменения в свертывающей системе характеризовались синдромом гиперкоагуляции. Выявлены основные факторы риска развития инсульта у больных РЗ: артериальная гипертензия, поражения сердца, гиперкоагуляция, иммунное воспаление сосудистой стенки, асимметрия мозгового кровотока.

Заключение: Патология ЦНС при РЗ нередко определяет прогноз и клиническую картину заболевания, а также качество жизни больных.

Шмелев Э.Н., Мозговая Е.Э.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ЕГО С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом клинической иммунологии ВМА

Наблюдались 20 больных, у которых туберкулезный легочный процесс сочетался с ревматическими заболеваниями (РЗ). У 10 (50%) больных туберкулез присоединялся к ранее диагностированному ревматическому поражению. У 4-х больных выявлен ревматоидный артрит (РА) в активной стадии, у 3-х – неактивный ревматизм с ревматическим пороком сердца, у 2-х – системная красная волчанка (СКВ), у 1-го – системная склеродермия (ССД) с признаками активности патологического процесса. У 7-ми из этих больных при лечении РЗ использовались глюкокортикостероидные препараты, что могло послужить причиной развития так называемого «стероидного» туберкулеза. В 4-х случаях РА и в 1-ом – ССД развились у больных с хронически текущим туберкулезом легких. У 3-х больных РА и у 1-го больного

ревматизм были выявлены впервые при обследовании по поводу туберкулеза.

В 13-ти наблюдениях туберкулезный процесс протекал в форме инфильтративного, реже наблюдался диссеминированный (3 наблюдения), фиброзно-кавернозный (20 наблюдений), очаговый (1 наблюдение) и цирротический (1 наблюдение) туберкулез. У 2-х больных легочный процесс сочетался с туберкулезным плевритом. Преобладали распространенные процесссы с поражением более доли легкого (13 случаев). Распад имел место у 10 больных, бронхогенное обсеменение – у 6-ти, туберкулез бронха – у 2-х, бактериовыделение – у 11-ти.

Лечение туберкулеза легких при сочетании с РЗ представляет трудную задачу, в особенности при его «стероидном» генезе. При сочетанной патологии имеет место полиорганность изменений, свойственная РЗ, что затрудняет проведение противотуберкулезной терапии, вследствие плохой переносимости противотуберкулезных препаратов. Побочные реакции у 8-ми из наблюдавшихся больных характеризовались в основном токсическим действием на печень (рифампицин) и сердечно-сосудистую систему (изониазид, стрептомицин). Тяжесть состояния, обусловленная сочетанной патологией, препятствовала использованию таких методов лечения как коллапсотерапия и хирургическое вмешательство. При проведении химиотерапии туберкулеза мы придерживались стандартных схем с учетом индивидуальной переносимости препаратов и устойчивости к ним микобактерий туберкулеза. Наряду с этиотропной терапией туберкулеза проводилось лечение сопутствующих заболеваний. В 9-ти случаях были использованы глюкокортикостероидные препараты в минимальных, но эффективных в плане стабилизации ревматического процесса дозах. Использовались также нестероидные противовоспалительные препараты, антиоксиданты, как средства патогенетического лечения туберкулезного процесса.

Длительность лечения туберкулеза легких в стационарных условиях составляла от 3-х до 12-ти месяцев (в среднем – 6,6 месяцев.) В результате лечения закрытие полостей распада произошло у 6-ти из 10-ти больных (60%). Бактериовыделение прекратилось во всех случаях. В 7-ми случаях эффект выражался снятием явлений интоксикации и значительным рассасыванием очаговых и инфильтративных изменений. Следует отметить, что наряду с положительными сдвигами в течении туберкулезного процесса у большинства больных наблюдалось также положительная динамика ревматического процесса. В ряде случаев ревматический процесс оставался стабильным, а у 1-го больного наблюдалось прогрессирование СКВ.

Таким образом, при рациональной тактике, сочетающей этиопатогенетическую терапию туберкулеза легких и одновременное лечение сопутствующих РЗ с использованием в необходимых случаях глюкокортикостероидов, у большинства больных удается добиться стабилизации и излечения туберкулезного процесса.

Щелкунов А.Г., Пересыпкин В.В., Мозговая Е.Э., Стажаров М.Ю.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЛЮМБОИШАЛГИИ

ММУ Поликлиника восстановительного лечения №1; ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград, Россия

Несмотря на определенные успехи, достигнутые современной медициной в плане терапии боли, имеется большая патогенетически неоднородная группа заболеваний, сопровождающихся вертеброгенными болевыми синдромами, при которых традиционная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами оказывается недостаточно эффективной и в лучшем случае приносит больному кратковременное облегчение. Одним из таких заболеваний является остеохондроз позвоночника (ОХП), столь распространенный, что вряд ли найдется врач, не встречавшийся с пациентами, имеющими данную патологию. ОХП имеет множество клинических форм, но одним из центральных механизмов патогенеза этого заболевания является поражение соединительно-тканных структур позвоночника и окружающих его тканей с развитием основных патологических изменений в межпозвонковых дисках с нарушением метаболизма и структуры хрящевой ткани. В связи с этим включение в комплексную терапию у больных ОХП препаратов группы хондропротекторов является патогенетически обоснованным и необходимым.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 47 больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с рефлекторным болевым синдромом по типу нейродистрофической (НД) люмбоишалгии (ЛИ). Из больных с НД-формой ЛИ 34 (72,3%) были мужчины, 13 (27,7%) – женщины. Средний возраст больных составил 43,7±1,08 лет, средняя продолжительность заболевания – 5,28±0,22 лет. Прогредиентный тип течения наблюдался у 16 (34,0%), стабильный – у 25 (53,2%), регредиентный – у 6 (12,8%) больных. Выраженные клинические проявления отмечались у 26 (55,3%), слабовыраженные – у 21 (44,7%) больного. Снижение высоты межпозвонковых дисков выявлено в 85,1%, субхондральный склероз – в 83,0%, экзофиты – в 40,4%, спондилоартроз – в 19,1% случаев. У 24 (51,1%) больных выявлены различные вертебральные деформации (сколиоз, лордоз). Наиболее часто остеохондрозные изменения выявлялись в позвоночно-двигательных сегментах L_4-L_5-S_1.

Из больных с НД-формой ЛИ были сформированы 2 клинически сопоставимые группы. В лечении 1-й группы (25 чел.) использовались мануальная терапия, рефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура, препарат алфлутоп в виде паравертебральных введений по 1 мл с каждой стороны ежедневно (5 процедур). Пациенты 2-й группы получали аналогичный комплекс терапии, но без препарата алфлутоп.

Оценка эффективности терапии проводилась с учетом клинико-инструментальных данных (оценивали изменение коэффициента вертебрального синдрома (КВС), коэффициента выраженности болезни (КВБ) по Т. Апакидзе, 1998; реовазографических показателей), субъективных ощущений больного и характеризовалась как «значительное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение», «без существенных изменений».

Результаты. При поступлении на лечение у больных с НД-формой ЛИ выявлено увеличение показателей вертебрального синдрома: сагиттального коэффициента, фронтального коэффициента, ротационного коэффициента, коэффициента мышечного тонуса, коэффициента мышечной болезненности, КВС, КВБ).По данным реовазографии (РВГ) гипертонический тип кривой отмечался в 48,9%, гипотонический – в 34,0%, нормотонический – в 17,0% случаев.

Через 7-8 дней лечения в группе больных, получавших алфлутоп, отмечалось уменьшение всех вертебральных показателей, кроме ротационного коэффициента, в то время как во 2-й группе (без алфлутопа) уменьшился только коэффициент мышечного тонуса.

В 1-й группе по окончании курса лечения, по сравнению с поступлением, наблюдалась достоверная положительная динамика вертебральных показателей, на бедре и голени увеличился реографический индекс (РИ), распространение пульсовой волны (Q_x), реографический показатель (РП), уменьшился тонус артерий (α-1) на голени. Количество больных с гипертоническим типом РВГ-кривой уменьшилось с 44,0 до 20,0%, с гипотоническим – с 36,0 до 16,0%, а с нормотоническим типом – увеличилось с 20,0 до 64,0%. «Значительное улучшение» у больных 1-й группы было достигнуто в 40,0%, «улучшение» - в 40,0%, «незначительное улучшение» - в 16,0%, «без существенных изменений» - в 4,0% случаев.

По окончании лечения у больных 2-й группы (без алфлутопа) наблюдалось уменьшение 6-ти из 7-ми вертебральных показателей, из РВГ показателей увеличился только РИ на бедре и Q_x – на бедре и голени. Количество больных с гипертоническиим типом РВГ-кривой уменьшилось с 54,5 до 35,4%, гипотоническим – с 31,8 до 18,2%, а с нормотоническим типом увеличилось с 13,6 до 45,5%. «Значительное улучшение» у больных 2-й группы было достигнуто в 13,6%, «улучшение» - в 36,4%, «незначительное улучшение» - в 40,9%, «без существенных изменений» - в 9,1% случаев.

«Значительное улучшение» и «улучшение» у больных на фоне применения алфлутопа было достигнуто у 80,0% больных, в то время как у пациентов, которым препарат не вводился, этот суммарный показатель составил лишь 40,0.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что включение в комплексную терапию больных с НД-формой ЛИ препарата Алфлутоп, обладающего хондропротективными и противовоспалиительными свойствами, существенно повышает эффективность лечения.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ВИЗУАЛЬНОГО ОБОСНОВАНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ УВЕЛИЧЕНИЮ РОСТА И ОДНОВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ МАЛЫХ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ММУ «Клиническая больница №3», Волгоград; РГМУ, Москва; ВМА; Волгоград, Россия

Увеличение роста с одновременной коррекцией малых осевых деформаций нижних конечностей являются основными показаниями для оперативного лечения в ортопедической косметологии. При решении вопроса о проведении операции основополагающее значение имеет косметический результат, однако немаловажным является также профилактическое значение коррекции осевых деформаций с вершиной искривления на уровне коленного сустава или вблизи него, препятствующей раннему развитию деформирующих артрозов коленных суставов.

Целью работы явилось визуальное обоснование показаний для оперативного увеличения роста и коррекции малых осевых деформаций коленных суставов.

Для достижения поставленной цели в Городском центре ортопедии и косметологии на базе ММУ КБ №3 г.Волгограда использовался комплекс специально разработанных программных средств «Остеокинез» и «Ортокосметик», а также универсального редактора фотоизображений «Adobe Photoshop 6.0».

Перед проведением оперативного лечения были подвергнуты компьютерной обработке данные, а также фотоизображения 12 пациентов с малыми осевыми деформациями, которым планировалось выполнить увеличение роста за счет удлинения обеих голеней.

Для подтверждения обоснованности применения оперативной коррекции всем пациентам было выполнено компьютерное моделирование результатов предполагаемого лечения на основании исходных изображений и антропометрических данных.

При планировании оперативного увеличения роста моделирование заключалось в графической обработке цифровых фотоизображений, включавшей в себя виртуальное удлинение нижних конечностей пациента на различные величины. Величины удлинения рассчитывались по разработанным нами методикам и включали в себя величину оптимального удлинения нижних конечностей, допустимого и максимально допустимого удлинения, не приводящим к выходу пропорций пациента за рамки физиологических норм.

Моделирование коррекции осевых деформаций нижних конечностей проводилось путем изменения выпрямления осей голеней в точках предполагаемого выполнения остеотомий большеберцовых костей.

При благоприятном визуальном результате коррекции деформаций нижних конечностей, а также при получении удовлетворительных эстетических результатов моделирования увеличения роста применение оперативного лечения для устранения косметического недостатка считалось обоснованным.

Таким образом, использование современных компьютерных технологий для визуального обоснования показаний для оперативного увеличения роста и коррекции малых осевых деформаций коленных суставов является важным этапом в принятии решения о возможности проведения оперативного лечения и имеет большое практическое значение для ортопедической косметологии.

Барулин А.Е.

УНИФИКАЦИЯ ОЦЕНКИ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫМ СИНДРОМОМ И ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА

Волгоградская медицинская академия, кафедра неврологии;
Волгоград, Россия

Тесты субъективного шкалирования (самооценки) функциональных и предпатологических состояний в последние годы широко используются наряду с методами объективной оценки состояния человека. Эти способы диагностики используются в основном для выявления изменений психоэмоционального состояния, характеристик качества жизни и ряда других функциональных изменений организма. Однако практически отсутствуют работы по использованию данного методологического подхода для выявления признаков дыхательной дисфункции при гипервентиляционном синдроме. Отмечается значительная сложность в диагностике гипервентиляционного синдрома прежде всего из-за большого количества симптомов, выявление которых должно носить постоянный характер. Симптомы у каждого больного могут носить постоянный характер, однако сам симптомокомплекс имеет большие индивидуальные различия в зависимости от формы гипервентиляционного синдрома и особенностей организма.

Целью настоящего исследования: разработка и верификация клинически доступного и оптимального количественного способа диагностики гипервентиляционного синдрома с использованием методики субъективного шкалирования.

Материал исследования и методы: в исследовании приняли участие 1800 человек в возрасте от 18 до 30 лет как практически здоровых, так и имеющи признаки гипервентиляционного синдрома.

Настоящее исследование было разделено на несколько этапов.

Полученные результаты: на первом этапе исследования в процессе опроса врачей-неврологов и анализе литературы за последние несколько лет были выявлены основные жалобы пациентов с гипервентиляционным синдромом. Это позволило составить перечень вопросов. Из них были вы-

браны наиболее характерные, которые были в последствии включены в вопросник.

Вопросник состоит из 18 баллированых от 0 до 10 вопросов, направленных на выявление как клинически манифестных, латентных, так и атипичных форм гипервентиляционного синдрома. Прогностическая ценность вопросника определялась с использованием метода экспертных оценок. Экспертиза проводилась 15 независимыми экспертами, имеющими стаж работы не менее 10 лет. Было показано, что вопросник позволяет не только определять степень выраженности клинических проявлений, но и проводить статистический анализ динамики состояния больного в процессе лечения. Коэффициент конкордации, рассчитанный по методу Кендалла, показал достаточно высокую согласованность экспертов. Для оценки достоверности коэффициента конкордации рассчитывался критерий $X,^2$значения которого существенно превышало их табличные варианты, что говорит о достоверности коэффициента конкордации.

На следующем этапе исследования с целью верификации вопросника было проведено обследование практически здоровых лиц. При проведении статистического анализа полученных результатов, были рассчитаны средние величины и их среднеквадратические отклонения, отражающие степень выраженности гипервентиляционных проявлений. Полученные индивидуальные профили самооценки у лиц с отсутствием гипервентиляционных признаков будут находиться в пределах двух среднеквадратичных отклонений. А у лиц с признаками гипервентиляционного синдрома за ее пределами.

Выводы: полученные данные доказывают целесообразность использования разработанного способа количественной оценки гипервентиляционных признаков, его высокую информативность и возможность широкого использования его в практическом здравоохранении.

Иоанниди Е.А., Антонов В.А., Чернявская О.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПОВ HCV В ВОЛГОГРАДЕ

Волгоградская медицинская академия, кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной; Волгоградский научно- исследовательский противочумный институт; Волгоград, Россия

Вирусные гепатиты, в связи с их широкой распространенностью, остаются одной из важнейших проблем здравоохранения всех стран мира, в том числе и России. Особого внимания заслуживает вирусный гепатит С (ВГ С), характеризующийся высокой склонностью к хронизации процесса. В Волгограде за последние годы наблюдается неуклонный рост HCV–инфекции. Так в 2001 году заболеваемость острым вирусным гепатитом С в нашем городе составила 31,1 случай на 100 тысяч населения, что на 2,9 % выше, чем за предыдущий год, еще более возросло число хронических форм, - в 1,2 раза, число же так называемых “носителей” HCV выросло в 2,9 раза по сравнению с 2000 годом. Удельный вес гепатитов этой этиологии в Волгоградском регионе составляет 25%, а хронизация у лиц, употребляющих наркотики, происходит в 88,3% случаев.

Учитывая, что прогноз заболевания ВГ С во многом зависит от типа вируса, целью нашей работы было проанализировать распространенность различных генотипов HCV в городе Волгограде.

Нами были изучены результаты лабораторных исследований 375 больных ВГС, обследованных в противочумном институте г. Волгограда методом ПЦР. Больные были в возрасте от 16 до 52 лет, соотношение мужчин и женщин составило 2:1 (67% и 33% соответственно).

Из 375 обследованных пациентов у 185 (49,3%) установлена репликация вируса. Изучение распространенности генотипов HCV выявило, что наиболее часто встречались типы 3а и 1в (33, 8% и 32,4%), т.е. 2/3 случаев, далее следовал 2 тип (17%), на 1а приходилось лишь 5,6%, остальные 11,2% - их различные сочетания. Кроме того, был проведен сравнительный анализ выявляемости различных вариантов вируса в зависимости от пола. Было установлено, что 3а генотип имел место у 40% мужчин и лишь у 19% женщин, зато 2 тип у женщин определялся в 2 раза чаще. Тип 1в, считающийся неблагоприятным в связи с более быстрыми темпами прогрессирования фазы реактивации и резистентностью к интерферонотерапии, приблизительно с одинаковой частотой встречался в той и другой группе.

Таким образом, вирусный гепатит С, имеющий существенное значение в этиологической структуре ВГ в Волгограде, связан с инфицированием различными типами вируса, прежде всего 3а и 1в. Кроме того, нами выявлены различия по частоте встречаемости тех или иных генотипов в зависимости от пола пациентов, что требует дальнейшего изучения.

Иоанниди Е.А., Иванова Г.Ф., Малюженко И.В., Кочетова С.М.

ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА

ВМА, Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медицины; Волгоград, Россия

В настоящее время для лечения диарейного синдрома стали активно использовать биопрепараты, а в частности пробиотики. Пробиотики используются как антимикробные, антитоксические и ферментативно-активные средства при острых и затяжных инфекциях, синдроме раздраженной кишки, бактерионосительстве условно-патогенных микробов. Бифиформ (Ферросан, Дания) относится к новому поколению пробиотиков и является средством для коррекции и профилактики нарушений микробиоценоза кишечника.

Целью нашего исследования явилось использование Бифиформа в качестве монотерапии и оценки его эффективности у больных с явлениями колита и энтероколита, а в большей степени у больных дизентерией. Лечение больных проводилось комплексное, включая симптоматическое лечение и инфузионную терапию, на этом фоне и назначался бифиформ. Препарат назначался по 2 капсулы, 2 раза в день, в течение 5 дней. Для исследования отбирались больные с клиническими проявлениями колита. Как известно признаками колита являются: схваткообразные боли в животе, преимущественно внизу, частый жидкий, уменьшающийся по объему до "ректального плевка" с примесями крови стул, которые чаще характерны для явлений

клинической дизентерии. У наблюдаемых нами больных было в анамнезе острое начало заболевания с симптомами интоксикации (слабости, головной боли, повышения температуры до 38,5 – 39 ^{0}С).

Под нашим наблюдением находился 41 больной. Из которых более половины составили женщины. Средний возраст пациентов составил 50 ± 1,2 лет. В большинстве случаев время госпитализации от начала заболевания составляло 2 – 3 дня. Среднетяжелое течение заболевания наблюдались у 72,3 % пациентов, тяжелое течение у 27,7 %, больные с легкими формами в стационар не поступали. Диагноз во всех случаях был подтвержден бактериологически. Из них Sh. Flexneri 2a была выделена в 58,5 % случаев, Sal. enteritidis в 28,3 % случаев, и в 13,2 % случаев – Kl. pneumoniae. При назначении Бифиформа по схеме в среднекурсовой дозе больным среднетяжелой формой острой дизентерией нормализация стула наблюдалась уже на 3-4 день после начала лечения. На 2 день приема Бифиформа в стуле исчезали патологические примеси в виде крови и слизи. У больных принимающих бифиформ по сравнению с пациентами, получающих антибактериальные препараты быстрее уменьшался болевой синдром, наступала нормализация температуры тела, исчезали другие симптомы интоксикации, восстанавливался аппетит, улучшалось качество жизни. Стул становился оформленным и приобретал регулярный характер, чего не наблюдалось при назначении антибактериальных препаратов.

При назначении Бифиформа больным тяжелой формой острой дизентерии в первые дни заболевания наблюдалось небольшое снижение температуры, некоторое уменьшение кратности, патологических примесей в кале. Несмотря на это, у больных с тяжелой формой дизентерии имело место достижение хороших клинических показателей на фоне комбинированного приема антибактериальных препаратов и Бифиформа. Кроме того, при изолированном лечении антибактериальными препаратами наблюдается длительное отсутствие нормализации стула. В таких случаях монотерапия Бифиформа оказывала выраженный клинический эффект, проявляемый в виде исчезновения астеновегетативного синдрома и быстрого восстановления функции кишечника.

Таким образом, наши исследования показали, что Бифиформ можно использовать как в качества монотерапии для лечения кишечной инфекции, в частности дизентерии, протекающей в среднетяжелой форме, а так же и в качестве комбинированной терапии для лечения тяжелых форм дизентерии. Следует отметить, что прием Бифиформа оказал не только антибактериальный эффект, но и более быстрое восстановление нарушенных функций желудочно-кишечного тракта.

Козловская С.Е., Шахова Е.Г.

НЕПРЯМАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИКАТАН ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волгоградская Медицинская Академия, кафедра оториноларингологии;
Волгоград, Российская Федерация

Хронический тонзиллит (ХТ) является сопряженной патологией с заболеваниями щитовидной железы (ЗЩЖ), что обусловлено топографической близостью этих органов, наличием в них лимфоэпителиальной ткани, общностью лимфокровообращения и иннервации.

Актуальной остается проблема разработки высокоэффективных органосохраняющих методов лечения, основой которых является санирующее воздействие на небные миндалины и их регионарные лимфатические узлы антибактериальными средствами. Повышение устойчивости микрофлоры к антибиотикам заставляет искать новые пути антимикробной терапии.

В последние годы изучены аспекты воздействия бишофита на организм животных и человека. На его основе произведен препарат поликатан, способный подавлять рост и размножение микроорганизмов и обладающий биологической активностью микроэлементов, необходимых для восстановления утраченных функций миндалин. На основании этого мы применили непрямую лимфотропную терапию препаратом поликатан у больных ХТ, сопряженным с ЗЩЖ.

Цель нашего исследования заключалась в оптимизации консервативного лечения поликатаном ХТ, сопряженного с ЗЩЖ.

Под нашим наблюдением за период с 2001 – 2002 год находились 10 пациентов с компенсированной формой ХТ на фоне ЗЩЖ: диффузным токсическим зобом – 7, эутиреоидным зобом –1, подострым тиреоидитом –2 в возрасте от 18 до 70 лет (все женщины).

На фоне базисной терапии ЗЩЖ, назначенной эндокринологом мы применили непрямую лимфотропную терапию раствором поликатана в разведении дистиллированной водой 1:20 методом фонофореза аппаратом "Тонзиллор – 2" с длительностью процедуры – 2 минуты с каждой стороны ежедневно №6.

В контрольной группе из 20 человек проводилось традиционное лечение: ультразвук на область миндалин, полоскание травами, фурациллином.

Признаки ХТ в основной и контрольной группах до лечения не отличались. После лечения более эффективным оказался метод лимфотропной терапии.

Достоверным показателем эффективности лечения ХТ является отсутствие рецидивов ангин или уменьшение частоты их возникновения. Катамнестические наблюдения, проведенные у наших больных через 6 месяцев после лечения позволили установить, что рецидивы отмечались у 1 пациента, а в контрольной группе у 8.

Положительный результат лечения подтвержден гистологическими исследованиями до и после воздействия на небные миндалины через 10 – 14 дней: отмечены явления фолликулярной гиперплазии, уменьшение явлений

десквамации поверхностного эпителия. В контрольной группе улучшения морфологической картины не наблюдали.

Выводы: у больных ХТ, сопряженным с ЗЩЖ небные миндалины не утратили своих функциональных возможностей и им показано консервативное лечение. Метод регионарной лимфотропной терапии раствором поликатана ХТ, сопряженного с ЗЩЖ может применяться как самостоятельный, эффективный, органосохраняющий. Для более стойкого эффекта курс лечения повторялся через 6 месяцев.

Малова Т.В., Шахова Е.Г.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Волгоградская Медицинская Академия, кафедра оториноларингологии;
Волгоград, Российская Федерация

В последние годы отмечается неуклонный рост числа глухих и слабослышащих людей. В настоящее время почти 6% населения имеют нарушение слуха, в основном в результате поражения звуковоспринимающего аппарата. Сенсоневральные нарушения слуха составляют 60-80% от числа больных с тугоухостью. Особенно важным в социальном плане представляется тот факт, что более половины всех пациентов с тугоухостью приходится на трудоспособный возраст – от 20 до 50 лет.

Снижение трудоспособности определяет необходимость поиска критериев для оценки результатов лечения больных сенсоневральной тугоухостью (СНТ) с учетом индивидуальной самооценки пациента. Таким критерием, по нашему мнению, является оценка качества жизни (КЖ) больного, которая в совокупности с медицинским заключением дает полную и объективную картину болезни, эффективности лечения и реабилитации больных.

Целью нашей работы явилась разработка и внедрение в клиническую практику исследования КЖ больных СНТ, разработка инструмента оценки КЖ, отвечающего современным требованиям оценки взаимосвязи психофизического состояния и формы и степени тугоухости.

Материал и методы .Для оценки КЖ больных СНТ в качестве одного из методов нами был использован цветовой тест Люшера, который основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.Характеристика цветов (по Люшеру) включает в себя 4 основных и 4 дополнительных цвета. Значение этих цветов в наибольшей степени определяется их взаимным расположением, распределением по позициям.

Обследовано 42 больных нейросенсорной тугоухостью в возрасте от 20 до 74 лет, из них 22 (52,4%) женщин. Острая форма СНТ была выявлена у 16 человек (38,1%), из них односторонняя форма заболевания была у 9 (21,4%) пациентов. Пациенты с хронической формой СНТ составили 26 человек (61,9%). Средняя давность заболевания при ОСНТ была 10-15 суток, при ХСНТ – 7±5 лет.

Испытуемому предлагалось из восьми предложенных цветов выбрать наиболее приятный, затем из семи оставшихся, затем из пяти и т.д. Через 2-3 минуты процедура повторялась. Пациент каждый раз должен был выбирать цвет как таковой, не пытаясь соотнести его с любимым цветом в одежде, цветом глаз и т.п. Первый выбор характеризует желаемое состояние, второй-действительное. При интерпретации результатов тестирования оценивались положение основных и дополнительных цветов, характеризуемые ими свойства, показатели тревожности и их компенсации.

Выводы: Обращает на себя внимание, что степень тревожности более выражена у пациентов с ХСНТ в возрасте до 50 лет и у больных ОСНТ в возрасте до 30 лет преимущественно у мужчин. У больных ОСНТ преобладает умеренно и ярко выраженная степень тревожности с неблагоприятной компенсацией.

Степень компенсации более благоприятна у пациентов с ХСНТ в возрасте старше 50 лет и менее благоприятна у пациентов с ОСНТ в возрасте до 30 лет и у пациентов с ХСНТ в возрасте до 50 лет.

Анализируя полученные результаты можно сделать вывод, что негативное состояние характерно для пациентов молодого трудоспособного возраста, так как у данной категории пациентов в большей степени снижается удовлетворенность уровнем своего физического, психологического, социального и духовного благополучия.

Матохина Н.В.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Волгоградская медицинская академия, Волгоград, Россия

Синдром вегетативной дистонии (СВД) является одной из актуальных проблем современной медицины. Распространенность данной патологии среди лиц молодого возраста (18-29 лет) достигает 25-80%, что с одной стороны – снижает трудоспособность, а с другой – формирует предрасположенность к развитию ранних форм церебро-васкулярной патологии.

Цель: выявление факторов риска, способствующих возникновению и развитию вегетативной дисфункции, как основы разработки индивидуальных программ профилактики.

Методы: разработан и использован "Опросник для выявления информативных признаков прогнозирования развития вегетативной дисфункции у лиц молодого возраста", содержащий 100 вопросов, отражающих констелляцию конституционально-наследственных, социальных, внешне-средовых факторов и эмоционально-личностных особенностей. Информационная ценность признаков определялась путем расчета диагностических коэффициентов. Неинформативные признаки были исключены.

Результаты: проведено скрининговое обследование 146 студентов ВМА в возрасте от 21 до 28 лет. За медицинской помощью по поводу симптомов, характерных для СВД ранее никто из них не обращался. Однако, при целенаправленном исследовании у 37% студентов была правомерна постановка указанного диагноза. Основными проявлениями (в порядке убывания часто-

сти) являлись: головные боли, бессонница, головокружение, потливость, тревога, ощущение "кома в горле", затруднение дыхания. Симптомы вегетативной дисфункции чаще встречались среди жителей города, имеющих высшее образование и занимающихся интеллектуальной деятельностью. Кроме того, совмещение очной формы обучения с работой, воспитанием детей, острые и хронические стрессы, длительная работа за компьютером, уход за тяжелобольным членом семьи и т.д. По совокупности проанализированных признаков 42% лиц молодого возраста были отнесены к группе высокого риска по развитию СВД. При воздействии эмоциональных, психологических нагрузок, нарушения ритма сна (во время ночных дежурств) и других факторов, сочетанное влияние которых неизбежно в практической работе врача, формирование и дальнейшее прогрессирование заболевания имеет высокую степень вероятности.

Обсуждение: выявленная высокая распространенность, как клинических, так и субклинических форм СВД, подчеркивает целесообразность дальнейшей разработки путей активной диагностики и совершенствование немедикаментозных способов первичной профилактики (в частности – использование метода транскраниальной электростимуляции эндорфинных структур мозга).

Выводы: разработанный и внедренный опросник информативен, доступен для обработки и позволяет прогнозировать развитие вегетативной дисфункции.

Петров В. А.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АКТУАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Волгоградская медицинская академия

Последнее десятилетие характеризуется развитием чрезвычайных эпидемических ситуаций, связанных со вспышками арбовирусных и геморрагических лихорадок, как на территории России, в первую очередь в южном Федеральном округе (Астраханская, Волгоградская, Ростовская области, Краснодарский, Ставропольский края и др.), так и за рубежом (Румыния, США, Италия, Израиль).

Распространенность арбовирусных инфекций, массовость эпидемических вспышек, трудность их этиологической расшифровки, но при этом обязательность их лабораторного подтверждения и отсутствие до последнего времени специфических средств лечения и профилактики – все это определяет крайнюю актуальность рассмотрения вопросов их специфического лечения.

Наш многолетний (с 1982г.) опыт клинической работы во многих очагах арбовирусных и геморрагических лихорадок (Башкортостан, Приморский, Хабаровский края, Ростовская, Саратовская, Волгоградская области), показали высокую эффективность при лечении вирусных инфекций, вызываемых РНК-содержащими вирусами противовирусного препарата Рибавирин. Доказана эффективность применения его таблетированной формы по 1,0 – 1,2 г. в сутки в три приема при ГЛПС, КГЛ. Наибольшая эффективность наблюдалась при назначении препарата в первые 6 дней болезни. Достоверно бо-

лее низкими были показатели лихорадки и продолжительности лихорадочного периода, интоксикационного и геморрагического синдромов, при ГЛПС – не развивалась почечная недостаточность. При лечении рибавирином (Веро-рибавирин, Верофарм, Россия) не отмечено летальных исходов, в то время как в группах, где препарат не применялся летальность при КГЛ составила 18-20%, а при ГЛПС – 2-4%.

Кроме того, нами была показана эффективность применения с профилактической целью при ЛЗН, КГЛ отечественного индуктора интерферона – Амиксина (2 таб. в первый день, затем по 1 таб. через день, на курс 10 таблеток).

Таким образом, включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий при актуальных вирусных инфекциях отечественных препаратов Амиксина и Веро-рибавирина существенно улучшило терапевтическое пособие при них.

Рыбак В.А., Мирошникова В.В.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Волгоградская медицинская академия, Волгоград, Россия

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) представляет собой устойчивое патологическое состояние, часто сопутствующее ряду заболеваний, в том числе ревматологических. Часто именно цефалгии определяют снижение трудоспособности и нарушение социальной адаптации больных. Наиболее часто встречающимися суммарными составляющими ХЕГБ являются трансформированная мигрень (ТМ) и хроническая головная боль напряжения (ХГБН). Их формирование является мало изученным вопросом.

Цель: Изучить динамику формирования паттерна ХЕГБ, как основу разработки мер профилактики.

Методы: Клинико-неврологический и клинико-анамнестический с заполнением карт опроса, разработанных на кафедре неврологии ВМА.

Результаты: Исследовано 156 больных ХЕГБ. Из них – 89 с ТМ и 67- с ХГБН. Формирование паттерна ХЕГБ с первых проявлений произошло в 7,7% случаев, значительно чаще им предшествовал период эпизодических цефалгий средней продолжительностью 5,8±1,2 лет.

Основными факторами трансформации являлись: хронические психотравмирующие воздействия, острые стрессовые ситуации, переутомление(интеллектуальное или физическое), злоупотребление лекарственными препаратами. В 87,9% случаев имело место сочетание нескольких факторов.

Отмечена специфика факторов, имевших значение в дебюте цефалгий: так, при ТМ, достоверно чаще выявлялась провоцирующая роль месячных, колебаний АД, обострений заболеваний ЖКТ, холода, приема алкоголя или холодных напитков, при ХГБН – эмоционального перенапряжения, длительного неудобного положения головы и шеи, напряжения зрения. Переход пароксизмальных цефалгий в хронические сопровождался и при ТМ, и при ХГБН утратой зависимости от провоцирующих факторов, увеличением числа

симптомов вегетативной дисфункции, нарастанием резистентности к лечебным воздействиям, присоединением лекарственной зависимости, снижением социальной адаптации больных.

Обсуждение: Учитывая длительность формирования паттерна ХЕГБ является целесообразным у больных с мигренью и эпизодической головной болью напряжения выявлять возможные индивидуальные факторы риска, способствующие вероятному переходу эпизодических цефалгий в хронические, а также своевременно осуществлять индивидуальные лечебно-профилактические мероприятия: коррекция колебаний АД и невротических нарушений в зависимости от их качества, предотвращение формирования лекарственно-зависимых форм головной боли. При учащении пароксизмальных цефалгий – своевременный подбор базового медикаментозного препарата и отказ от анальгетиков.

Вывод: Возможности лечебно-профилактических мероприятий при ХЕГБ резко ограничены, поэтому необходимо их тщательное осуществление на этапе пароксизмального течения с целью предотвращения перехода в хроническую форму.

Шахова Е.Г., Спасов А.А., Островский О.В., Коновалова И.В.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (РИНОСИНУСИТАМИ И РИНОФАРИНГИТАМИ) ПРЕПАРАТОМ ИММУНАЛ И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКОЙ КАН–ЯНГ

Кафедра оториноларингологии; кафедра фармакологии Волгоградской медицинской академии; Волгоград

Целью настоящего исследования было изучение эффективности применения таблеток Кан-Янга (регистрационный номер 001757.Р.643 29.09.00; препарат Шведского института лекарственных растений (Гетеборг, Швеция) на основе травы андрографидиса, для которой описано антибактериальное, жаропонижающее и иммуностимулирующее действие) в качестве профилактического и лечебного средства при ОРВИ (код 460 по классификации международного Комитета Красного Креста), с применением рандомизации при отборе пациентов.

Исследование выполнено на 93 детях больных ОРВИ. Выраженность воспалительных изменений и суммарная оценка тяжести перед началом лечения были практически одинаковы в обеих группах. Таким образом, перед началом исследования группы были равноценны и достаточно сравнимы по исходным клиническим и лабораторным показателям. При динамическом наблюдении за детьми отмечали определенный регресс субъективных симптомов, что свидетельствует об улучшении состояния, более выраженного в первой группе (лечение Канн-Янгом). Во второй же группе (лечение иммуналом) дети даже на 7 -8 день предъявляли жалобы на насморк, заложенность носа, кашель, слабость. Такое течение ОРВИ, видимо, следует считать типичным для часто и длительно болеющих детей в связи с неполноценностью их иммунного ответа. Кан-Янг также положительно влиял на восстановление функций полости носа. Так, уже на 4-ый день у детей достоверно

снижалось количество выделений, при третьем осмотре увеличивался показатель форсированного инспираторного объема воздуха через нос, механизм самоочищения полости носа (мукоцилиарный клиренс), т.е. двигательная активность ресничек мерцательного эпителия восстанавливалась.

Таким образом, назначение на ранних этапах острого неосложненного респираторного заболевания у детей группы ЧДБ препарата Кан-Янг значительно облегчает течение болезни, сокращает сроки выздоровления, уменьшая воспалительные явления слизистой оболочки полости носа и глотки, восстанавливая физиологические функции полости носа. Применение Кан-Янга создает возможность профилактики осложнений со стороны нижних дыхательных путей у детей. Препарат хорошо переносится больными детьми. Побочных и аллергических реакций при его использовании у детей не наблюдали.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕКЦИИ

Зборовская И А Гастропатии, индуцированные нестероидными противовоспалительными препаратами: клиническое значение, лечение, профилактика 3

Зборовская И А Синдром Гудпасчера 9

ОСНОВНОЙ РАЗДЕЛ

Абиссова Т О, Баранов А А, Бажина О В, Марасаев В В, Василевская О А, Арземанова Н А Клиническая оценка значения антиген фактора фон Виллебранда у больных узелковым полиартериитом и хроническим гломерулонефритом 14

Александров А В, Зотина М В, Маслакова Л А, Гонтарь И И, Никитин М В, Шилова Л Н, Расим Салман, Зборовская И А Новые возможности контроля эффективности терапии ревматоидного артрита и системной склеродермии с помощью магнитоуправляемых сорбентов на основе каталазы 15

Александров А В, Старова О В, Петрова Н В, Красильников А Н, Шилова Л Н, Сычева Г Ф, Гонтарь И П Новые подходы к назначению гормональной терапии при ревматических заболеваниях 16

Аль Акбари Халед, Морозова ТА, Надирадзе С Б, Агафонова Н Л, Зборовская И А Активность гуаниндезаминазы и гуанозиндезаминазы в крови больных ревматизмом 18

Аршинов А В, Масина И В, Левшин Н Ю, Емануилов В И Связь между воспалением и процессами гемостаза у больных системной красной волчанкой 19

Бажина О В, Баранов А А, Марасаев В В, Василевская О А, Абиссова Т О, Арземанова Н А Оценка значимости обнаружения фактора фон Виллебранда в биоптатах почек у больных люпус-нефритом и хроническим гломерулонефритом 20

Баймухамедова Р О, Айсарова А Б, Жангарашева Г К Антигены гистосовместимости при болезни Бехчета 21

Баранов А А, Бажина О В, Василевская О А, Абиссова Т О, Арземанова Н А Клинико-иммунная оценка факторов, участвующих в развитии волчаночного нефрита 22

Бедина С А, Слюсарь О П, Морозова Т А, Григорьянц С Р, Абрамов Н Б, Мельникова И С Активность энзимов пуринового метаболизма у больных остеоартрозом 23

Белых Е В, Меньшикова Л В Состояние минеральной плотности костной ткани в зависимости от степени тяжести ревматоидного артрита 24

Варга О Ю, Игнатьев В К, Везикова Н Н, Марусенко И М Активность программированной клеточной гибели лимфоцитов при раннем ревматоидном артрите 25

Варгина В Н, Заводовский Б В, Деревянко Л И, Рвачев А В, Зборовская И А Распространенность вторичного остеопороза у больных системной красной волчанкой и возможности его коррекция альфакальцидолом 27

Гонтарь И П, Александров А В, Язид Аль Раави, Зборовская И А, Шилова Л Н, Красильников А Н, Трубенко Ю А, Емельянов Н И, Зотина М В Особенности изменения ферментативного звена антиоксидантной системы у больных системной склеродермией 28

Гордеева И Е, Рыбак В А Синдром грушевидной мышцы в патогенезе вертеброгенных пояснично-крестцовых радикулопатий и его терапи 29

Грехов Р А, Харченко С А, Кедрова В Л, Черкесова Е Г, Чернов А С Типы реагирования на болезнь и лежащая в их основе психологическая защита у пациентов с системной красной волчанкой 31

Грехов Р А, Харченко С А, Новикова О В, Кедрова В Л, Зборовский А Б Локус контроль - как один из элементов внутренней картины болезни при системной красной волчанке. 32

Грошев Ю В, Поцелуйко С В, Круглов М И, Волченко Д В Иммунологические критерии в прогнозировании течения тяжелой травмы костно-мышечной системы 33

Губкин С В, Полянская А В Изменения в спектре липидов больных ревматоидным артритом в процессе плазмафереза 34

Давидян В С, Зборовский А Б, Родин А Ю, Мартемьянов В Ф, Абрамов Н Б Псориатрический артрит (ПсА) с преимуществвенным поражениием дистальных суставов 35

Давлетшин Р А, Сафина А З, Давлетшина Г К, Хасанов А Х, Сайфуллина Э Ф Роль вирусов семейства Herpesviridae при ревматоидном артрите 36

Дворянкин А М, Сычев О А, Никитин М В, Гонтарь И П Особенности использования новых информационных технологий в диагностике ревматических заболеваний 37

Демин Е П, Жанкин А А, Жданов В В, Шакимова Б Ш Эволюция кардиальных проявлений системной красной волчанки и системной склеродермии в процессе длительной медикаментозной терапии 38

Дзяк Г В, Симонова Т А, Гетман М Г Лечение и реабилитация больных ревматоидным артритом 39

Дзяк Г В, Сорочан В В Структурно-функциональное состояние костной ткани у больных ревматоидным артритом 40

Дзяк Г В, Степанов Ю М Влияние Целебрекса на состояние кислотообразующей функции желудка и переносимость препарата у больных ревматоидным артритом (РА) и деформирующим остеоартрозом (ДОА) 42

Докучаева Н Н Опыт использования препарата Алфлутоп в комплексной терапии остеохондроза позвоночника 43

Дряженкова И В Диагностика надсегментарных вегетативных нарушений у больных ревматическими заболеваниями 44

Жакенова М К, Рузденова Н Б, Сыдыкова К А Системная Энзимотерапия при лечении реактивного артрита 45

Жангарашева Г К Сравнительная эффективность препарата Вобэнзим у больных с болезнью Бехчета 47

Журавлева М О, Климова О П, Багирова Г Г Реактивные артриты: клинико-лабораторные особенности 48

Заводовский Б В, Варгина В Н, Деревянко Л И, Филимонова Ю К, Зборовская И А Оценка состояния костной ткани у больных системной склеродермией 49

Заводовский Б В, Рвачев А В, Фофанова Н И, Новикова О В, Зборовский А Б Связь между гистохимическими показателями и антителами к нативной ДНК у больных системной красной волчанкой 50

Зайцева Т В, Сизова Л В, Попова Л В, Багирова Г Г Качество жизни (КЖ) больных остеоартрозом (ОА) с синдромом боли в нижней части спины (БНС). 52

Зборовская И А, Никитина Н В, Сивордова Л Е, Сычева А В, Заводовский Б В Опыт лечения вторичного остеопороза альфакальцидолом у ликвидаторов чернобыльской АЭС 53

Зборовский А Б, Давидян В С, Родин А Ю, Мартемьянов В Ф Ревматоидоподобная форма псориатического артрита 54

Зборовский А Б, Дахмаль М К, Бедина С А, Хортиева С С Аденаминазная активность крови у больных ревматизмом 55

Иванова Ю И, Чижов П А Особенности остеопороза у мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями 56

Изюмов Е И, Лапшин В Е, Форсилов В Е Динамика артериального давления у больных ревматическими пороками сердца и влияние на нее ингибитора АПФ Каптоприла 57

Ильичев А Ю Одномоментные операции на внутриносовых структурах и околоносовых пазухах как метод санирующих хирургических вмешательств 59

Инина Л И, Иванова М М Некоторые прогностическиие значимые аспекты при иерсиниозных артритах 60

Исаева Б Г Ремоделирование левого желудочка при ревматических пороках сердца после протезирования клапанов 61

Каражанова Л К, Есимбекова Э И Антифосфолипидный синдром в кардиологической практике и вопросы оптимизации лечения 62

Клековкина Е В, Тимина Л И, Немцов Б Ф Значение ультразвукового метода в диагностике латентного воспаления при остеоартрозе и эффективность локальной терапии 63

Ковальчук М В, Глазко И В Влияние магнитных полей на клинические проявления остеоартроза и микроциркуляцию 65

Корочина И Э, Вознюк О А, Попова Г Н, Беляева О Н, Полищук И С, Глазко И В, Щербанюк А И, Щепко Е Б, Прядкина С В, Перелетова Л Н, Вишневская Г В Метаболический статус мужчин с подагрой 66

Комиссаров Е К, Нестеров А Д, Субботин Ф В, Быкова О В, Бойко Т А Преимущества комбинированной терапии у больных первичным остеоартрозом на фоне санаторно-курортного лечения 67

Кочнева Л И, Гонтарь И И, Маслакова Л А, Кулик С В, Зотина М В, Никитин М В, Александров А В Патогенетическое значение антителогенеза к фибронектину при ревматических заболеваниях 68

Кузнецова В М, Марасаев В В, Чучканов Ф А Инструментальная оценка (МРТ) стадийности повреждения структур коленного сустава у больных ревматоидным артритом 70

Левшин Н Ю, Аршинов А В, Масина И В Влияние терапии мегадозами глюкокортикостероидов и цитостатиков на показатели тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у больных системной красной волчанкой 70

Ломтатидзе Е Ш, Грошев Ю В, Поцелуйко С В, Ломтатидзе В Е, Круглов М И, Волченко Д В Функциональные результаты тотального эндопротезирования дистрофических поражений тазобедренного сустава 72

Луцкова Л Н, Коршунов Н И, Марасаев В В, Чучканов Ф А Клиническая и инструментальная оценка (МРТ коленного сустава) влияние препарата «Алфлутоп» у больных остеоартрозом 73

Луцкова Л Н, Марасаев В В, Полуночев Г Б, Чучканов Ф А Клинико-инструментальная оценка прогрессирования остеоартроза в зависимости от вариантов течения болезни по данным МРТ коленных суставов 74

Майко О Ю Оценка качества жизни больных остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов 75

Макаров М А, Никонова Л В, Басыров Д Н, Матрехина О В, Марченков Ю Я, Кучумова Т В, Ермакова Л В Особенности периферической гемодинамики и микрогемоциркуляции у больных ревматоидным артритом 76

Марасаев В В, Луцкова Л Н, Полуночев Г Б, Чучканов Ф А Клинико-инструментальная оценка состояния суставного и феморопателлярного хряща у больных остеоартрозом по данным магнитно-резонансной томографии коленных суставов 77

Мартемьянов В Ф, Бедина С А, Девятаева Н М, Дахмаль М К,Стажаров М Ю, Белясникова Е А Изоферменты аденозиндезаминазы в крови больных ревматизмом и системной красной волчанкой 78

Мартемьянов В Ф, Девятаева Н М, Брагина Т Г, Кудряков Р Ш, Стажаров М Ю Активность энзимов пуринового метаболизма в экстрактах тканей больных системной красной волчанкой 79

Мартемьянов В Ф, Зборовская ИА, Рогаткина ТФ, Аль Акбари Халед, Мозговая Е Э, Белясникова Е А Влияние разведения на активность энзимов в экстрактах тканей здоровых и больных ревматизмом 80

Мартусевич НА Подходы к реабилитации больных первичным синдромом Шегрена 81

Масина И В, Аршинов А В, Левшин Н Ю Применение Варфарина у больных системной красной волчанкой с синдромом гиперкоагуляции крови 83

Маслянский А Л, Лапин С В, Тотолян А А, Мазуров В И Локальная продукция аутоантител при ревматоидном артрите 84

Меньшикова Л В, Грудинина О В, Храмцова Н А Эпидемиология остеопороза и переломов конечностей среди лиц старше 50 лет в Иркутской области 85

Меньшикова И В, Маколкин В И Озонотерапия в лечении больных остеоартрозом 86

Мозговая Е Э, Стажаров М Ю, Бедина С А, Кудряков Р Ш, Надирадзе С Б, Хортиева СС Активность энзимов гликолиза в экстрактах сердца больных системной красной волчанкой 87

Мызгын В Н, Некрасова С П, Хортиева С С, Морозова Т А, Левкина М В Активность церулоплазмина, холинэстеразы и их изо-энзимные спектры в сыворотке крови больных в неактивной фазе ревматизма и затяжным течением возвратного ревмокардита 88

Мякишев М В, Грехов Р А, Деревянко Л А, Фофанова Н А, Зборовский А Б Оценка эффективности отдаленных результатов метода структурно-резонансной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных ревматоидным артритом 89

Мякишев М В, Грехов Р А, Деревянко Л И, Фофанова Н А, Зборовский А Б Оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии больных первичной фибромиалгией 90

Никитина Н В, Заводовский Б В, Сивордова Л Е, Фофанова Н А, Зборовская И А Распространенность и факторы риска развития остеопороза у ликвидаторов Чернобыльской АЭС 91

Пересыпкин В В, Щелкунов А Г, Мозговая Е А, Григорьянц С Р Возможности использования показателей активности энзимов пуринового метаболизма в дифференциальной диагностике вазодилататорной и вазоконстрикторной форм люмбоишалгий 92

Пизова Н В, Вербицкая Е И, Сысоева Е Б, Масина И В Базисная терапия и зеркальные виды деятельности у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией 94

Писаревская О В Значение иммунологического статуса у больных с протезом митрального клапана 95

Писарчик П Л, Твердохлиб Н В, Багирова В В Некоторые особенности анемии у больных ревматоидным артритом 96

Погребная М В, Ландышев Ю С, Куцына З А, Стеганцева В В, Орлова Е В, Фомина О П, Попова В А, Авдеева Н В, Еременко С И Клинико-иммунологические особенности ревматоидного артрита 97

Полуночев Г Б, Марасаев В В, Чучканов Ф А, Луцкова Л Н, Кузнецова В М Параллели поражения коленных суставов у больных остеоартрозом и ревматоидным артритом (по данным МРТ коленных суставов) 98

Полянцев А А, Мозговой П В, Фролов Д В Влияние активности тромбангиита на результаты реконструктивных операций 99

Прокопенко А В, Виноградов А А, Молодкина О А Ремоделирование сердечно-сосудистой системы при неспецифическом аортоартериите 100

Прокопенко А В, Виноградов А А, Молодкина О А Оценка эндотелиальной дисфункции при системных васкулитах 102

Прудников Г А, Кубарко А И, Полянская А В, Короткевич Т В Взаимосвязь кислотно – основного состояния крови и иммуно-гормонального статуса при ревматоидном артрите 103

Прудников Г А, Кубарко А И, Полянская А В, Короткевич Т В Кислотно–основное состояние крови при ревматоидном артрите 104

Рвачев А В, Заводовский Б В, Филимонова Ю К, Новикова О В, Зборовский А Б Связь между гистохимическими показателями и антителами к коллагену I и III типов у больных системной склеродермией 105

Рогаткина Т Ф, Некрасова С П, Мозговая Е Э Активность энзимов антиоксидантной системы лимфоцитов при остеоартрозе 106

Романенко О К Психотерапия больных ревматоидным артритом 107

Рыбак В А, Бабушкин Я Х, Сажин А Ф Диагностические ошибки в трактовке алгических проявлений на фоне дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника 109

Рыбак В А, Курушина О В Фибромиалгия при предменструальном синдроме 110

Сивордова Л Е, Варгина В Н, Баракат Ахмад М Али, Заводовский Б В, Фофанова Н А, Зборовская И А Остеопороз при ревматоидном артрите: связь с воспалением 111

Сизова Л В, Багирова Г Г Повышает ли диклофенак качество жизни больных остеоартрозом? 112

Симонова О В, Немцов Б Ф, Сухих Е Н Клинические особенности серонегативных спондилоартритов 113

Симонова О В, Политова Н Н, Немцов Б Ф Влияние комбинированной терапии Проспидином и Метотрексатом на экстраартикулярные проявления ревматоидного артрита 114

Соболев С Б, Чижов П А Сезонные особенности клинико–лабораторных показателей у больных ревматическими пороками сердца в активную и неактивную фазы болезни 116

Сорока Н Ф, Дубень С А Выявление антинейтрофильных цитоплазматических антител у больных смешанным заболеванием соединительной ткани 117

Сорока Н Ф, Свирновский А И, Калия Е С, Авхукова Т В, Рекун А Л Апоптотическая гибель иммунокомпетентных клеток у больных системной красной волчанкой 118

Стовичек О А, Чижов П А Распространенность и сочетание поражения опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы у рабочих завода «русские краски». 119

Сулейманова Г П, Грехов Р А, Харченко С А, Кедрова В Л, Черкесова Е Г Уровень субъективного контроля у больных с синдромом первичной фибромиалгии 120

Сулейманова Г П, Грехов Р А, Харченко С А, Чернов А С, Зборовский А Б Психосоматические аспекты боли у больных с синдромом первичной фибромиалгии 121

Сущук Е А, Александров А В, Маслакова Л А, Язид Аль Раави, Емельянов Н И, Сычева Г Ф, Гонтарь И П, Зборовский А Б, Кочнева Л И Исследование иммунного ответа к ядерным антигенам у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией 122

Сущук Е А, Степанова Н Н, Гонтарь И П, Емельянова О И, Красильников А Н, Трубенко Ю А, Расем Салман, Зборовская И А Метод объективизации оценки активности системной красной волчанки при динамическом наблюдении за больными 123

Сыдыкова К А Особенности реактивного артрита у подростков 125

Сырлыбаева Г А Магнитно-резонансная томография при заболеваниях опорно-двигательного аппарата 126

Татаркина Н Д, Татаркин А А Клинические проявления и эхокардиографические изменения у молодых пациентов с пролапсом митрального клапана 127

Тетерин О Г, Егоров М Ф, Баринов А С, Некрасов М С, Воробьёв А А Оперативная коррекция деформаций нижних конечностей с использованием современных программных средств 128

Трисветова Е Л Влияние малых аномалий сердца на структурно-функциональные показатели левого желудочка 129

Трисветова Е Л Ультразвуковая диагностика топографических вариантов аномальных хорд 130

Трофименко А С, Емельянова О И, Кулик С В, Сычева Г Ф, Емельянов Н И, Зборовский А Б Энзиматическая активность ДНК-азы I в сыворотке крови больных системной красной волчанкой 132

Уэнди Иннес Оценка эффективности обучающей программы для пациентов с ревматоидным артритом в Екатеринбурге 133

Харченко С А, Грехов Р А, Кедрова В Л, Черкесова Е Г, Новикова О В, Зборовский А Б Феномен алекситимии в структуре личности больных скв 134

Храмцова Н А, Меньшикова Л В Медико-социальное значение переломов проксимального отдела бедра 135

Цхададзе Н Д, Сивордова Л Е, Деревянко Л И, Заводовский Б В, Зборовская И А Остеопороз при анкилозирующем спондилоартрите: влияние терапии альфакальцидолом 136

Цхададзе Н Д, Сивордова Л Е, Фофанова Н А, Заводовский Б В, Зборовская И А Распространенность остеопороза при анкилозирующем спондилоартрите по данным ультразвуковой денситометрии 137

Чижов П А , Рышкевич А В Иммунологические отклонения у больных с соединительнотканными дисплазиями сердца 139

Чижова М П , Чижов П А Частота и характер соединительнотканных дисплазий сердца и особенности параметров эхокардиоскопии и синдрома вегетативной дистонии при пролапсе митрального клапана 140

Чучканов Ф А, В В Марасаев Оценка локального воспаления у больных ревматоидным артритом по данным эмиссионной компьютерной томографии коленных суставов 141

Шилкина Н П, Пизова Н В Поражения центральной нервной системы при ревматических заболеваниях 142

Шмелев Э Н, Мозговая Е Э Результаты лечения больных туберкулезом легких при сочетании его с ревматическими заболеваниями 143

Щелкунов А Г, Пересыпкин В В, Мозговая Е Э, Стажаров М Ю Опыт применения препарата Алфлутоп у больных с нейродистрофической формой люмбоишалгии 145

РАЗНОЕ

Баринов А С, Егоров М Ф, Тетерин О Г, Воробьев А А, Некрасов М С Использование компьютерных технологий для визуального обоснования показаний к оперативному увеличению роста и одновременной коррекции малых осевых деформаций нижних конечностей 147

Барулин А Е Унификация оценки наличия и степени выраженности дыхательных нарушений у лиц с гипервентиляционным синдромом и лиц группы риска. 148

Иоанниди Е А, Антонов В А, Чернявская О А Распространенность различных генотипов HCV в Волгограде 149

Иоанниди Е А, Иванова Г Ф, Малюженко И В, Кочетова С М Пробиотики в лечении диарейного синдрома 150

Козловская С Е, Шахова Е Г Непрямая лимфотропная терапия препаратом поликатан хронического тонзиллита у больных с заболеваниями щитовидной железы 152

Малова Т В, Шахова Е Г Психоэмоциональный статус больных с сенсоневральной тугоухостью 153

Матохина Н В Прогнозирование развития вегетативной дисфункции у лиц молодого возраста 154

Петров В А Современные аспекты специфической терапии актуальных вирусных инфекций 155

Рыбак В А, Мирошникова В В Клинико-динамическая оценка хронической ежедневной головной боли. 156

Шахова Е Г, Спасов А А, Островский О В, Коновалова И В Профилактика осложнений и лечение больных респираторными заболеваниями (риносинуситами и ринофарингитами) препаратом Иммунал и биологически активной добавкой Кан – Янг 157

СОДЕРЖАНИЕ 159

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ

Сборник научных работ (выпуск XX)

Под редакцией
академика РАМН А. Б. З б о р о в с к о г о

Ответственный за выпуск
В. Ф. М а р т е м ь я н о в

Компьютерная верстка
М. Ю. С т а ж а р о в, Е. Э. М о з г о в а я

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН
400138, Волгоград, ул. Землячки 76

Подписано в печать 26.01.03
Бумага офсетная. Гарнитура Vernada, Times. Печать офсетная. Формат 60x84/16. Объем 11 физ.л. Тираж 500 экз. Заказ № 168

Отпечатано на ГУВПП «Офсет»
400001, Волгоград, ул. КИМ, 6